



ARZTEKASSE  
CAISSE DES MÉDECINS  
CASSA DEI MEDICI

Bitte in Blockschrift ausfüllen  
Si prega di scrivere in stampatello  
Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

Name/Vorname/Cognome/Nome/Nom/Prénom

Früherer Name/Cognome da nubile/Nom de jeune fille

Geburtsdatum/Data di nascita/Date de naissance

Geschlecht/Sesso/Sexe

Zivilstand/Stato civile/Etat-civil

F  M

Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)/Cognome e nome dei tutori (se si tratta di bambini)/  
Nom et prénom du représentant légal (dans le cas d'un enfant)

Adresse/Indirizzo/Adresse

PLZ/Wohnort/NPA/Località/NPA/Localité

Telefon privat/Tel. privato/Tél. privé

Mobiltelefon/Cellulare/Tél. mobile

E-Mail

Nationalität/Nazionalità/Nationalité

Beruf/Arbeitgeber/Professione/Datore di lavoro/Profession/Employeur

Tel. Geschäft/Tel. ufficio/Tél. prof.

Zuweisender Arzt/Ärztin/Hausarzt/Medico curante/Médecin traitant

AHV-Nr./No AVS/No AVS

Krankenkasse/Vers./Cassa malati/Assicurazione/Caisse maladie/Assurance

Mitglied-Nr./No membro/No membre

Garant/Kostenträger/Garante/Assicuratore/Garant

Allgemeinabteilung  
Camera comune  
Chambre commune

Halbprivate Spitalversicherung  
Camera semi-privata  
Chambre semi-privée

Private Spitalversicherung  
Camera privata  
Chambre privée

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt/Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant. (Rechnung direkt an die Krankenkasse)

Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla Cassa dei Medici, alla società eventualmente incaricata dell'incasso come anche alle istanze ufficiali competenti (ufficio d'esecuzione, giudice di pace, tribunali). Non si trasmette nessun dato che permette di risalire al caso concreto concernente il trattamento medico. Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano. Con la firma del presente formulario accetto che le mie fatture possano essere emesse, via carta o elettronicamente, in Terzo Pagante. (invio diretto agli assicuratori malattia)

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des Médecins, à la société éventuellement chargée de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes (office des poursuites, juge de paix, tribunaux). Il va sans dire que vous ne livrez aucune donnée, susceptible de fournir des informations sur mon traitement médical, aux sociétés d'encaissement, à l'office des poursuites, au juge ou aux tribunaux compétents. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux me concernant. Par la signature de ce formulaire, j'accepte une facturation éventuelle en papier ou électronique, en tiers payant. (Envoyer la facture directement à la caisse maladie)

Datum/Data/Date

Unterschrift/Firma/Signature



ÄRZTEKASSE

CAISSE DES MÉDECINS



CASSA DEI MEDICI

## Please complete in block letters

Surname	First name	Maiden name
Date of birth	Sex F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Marital status
Name and first name of guardian (for children)		
Address	Street	Town
Telephone home	Mobile	
E-Mail	Nationality	
Occupation/Employer	Telephone office	
Referring physician/Family physician	AHV-No.	
Health insurance scheme	Section/Member No.	
Guarantor/Payer	<input type="checkbox"/> General ward <input type="checkbox"/> Semi-private hospital insurance <input type="checkbox"/> Private hospital insurance	

I hereby grant permission for the patient information required for invoicing and payment collection to be forwarded to the invoicing body (Ärztelasse), and to the collection authority if applicable, as well as to the appropriate State authorities. Collection office, magistrates' court, competent courts will receive no data which might enable conclusions to be reached as to the specific medical treatment. My physician will be authorised to consult my medical files and pass on information in my interest. By signing this form, I accept all, paper or electronical, bills under tiers payant (cost share) arrangement. (invoices sent directly to the health insurance scheme)

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_