

PATIENTENBLATT PATIENTS JOURNAL

NAME FAMILY NAME	VORNAME FIRST NAME		
STRASSE ADDRESS	PLZ/ ORT POSTCODE/PLACE		
TELEFON P PHONE PRIVATE	TELEFON G PHONE BUSINESS		
MOBIL MOBILE	E-MAIL E-MAIL		
GEBURTSDATUM DATE OF BIRTH	GESCHLECHT GENDER	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> female	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> male
BERUF OCCUPATION	ARBEITGEBER EMPLOYER		
HAUSARZT DOCTORS NAME	ALLERGIEN ALLERGIES		
KRANKENKASSE HEALTH INSURANCE	VERSICHERUNGSNUMMER INSURANCE NUMBER		
UNFALLVERSICHERUNG ACCIDENT INSURANCE	UNFALLDATUM ACCIDENT DATE		
NOTFALLKONTAKT (NAME) EMERGENCY CONTACT (NAME)			
NOTFALLKONTAKT (TELEFON) EMERGENCY CONTACT (PHONE)			

Einverständniserklärung

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, zum Beispiel Trustcenter oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Consent form

I hereby authorise my doctor to obtain medical records in connection with my illness from other doctors and/or medical institutions so as to avoid repeating tests and incurring unnecessary additional costs.

It is in my interest that I permit him to forward his diagnosis and/or information related to my treatment and test results to any other doctor who will later treat me and also back to the referring physician. I further agree that for the purposes of billing, the medical details pertinent to my case, may be supplied to any institution, for example Trustcenter, a collection agency (or attorney), or competent state authorities.

Bei unentschuldigter Absenz behalten wir uns vor Fr. 50.– in Rechnung zu stellen.
If you do not attend your appointment without cancellation there is a 50 SFr. fee.

DATUM DATE		UNTERSCHRIFT SIGNATURE	
----------------------	--	----------------------------------	--

2. Seite beachten
note second page



INFORMATIONEN ZUR RECHNUNGSSTELLUNG

NAME / SURNAME

VORNAME / FIRST NAME

GEBURTSDATUM / DATE
OF BIRTH

Im Kanton Schwyz werden Rechnungen nach dem Tiers payant-System direkt den Krankenkassen zugestellt. Seit dem 01.01.2022 wurde auf der Gesetzesstufe festgehalten, dass Patienten und Patientinnen zwingend eine Rechnungskopie erhalten müssen. Aus Umweltschutzgründen und um den administrativen Aufwand in Grenzen zu halten, geschieht dies auf elektronischem Weg.

Vereinbarung

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung, die mich oder mein(e) Kind(er) betrifft/betreffen, weiterhin nach einer zweimonatlichen Rechnungsperiode (ausser am Jahresende) direkt an die Krankenkasse versandt werden.

INFORMATION ON THE INVOICING

In the Canton of Schwyz, invoices will usually be sent directly from the doctor's practice to the health insurance. Starting from the 1st of January 2022, the Swiss law requires that every patient needs to receive a copy of the invoice. For environmental and administrative reasons, this will happen via electronic means.

Agreement

Herewith I agree that invoices, which regard myself or any of my child(-ren), will be sent directly to my health insurance after a two months invoicing period (except at year end).

DATUM / DATE

UNTERSCHRIFT / SIGNATURE
