

**Patientenregistrierung**
**Registration**
**Registrazione**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Name</b><br><i>Family name</i><br>Cognome  | <b>Vorname</b><br><i>First name</i><br>Nome  |  |
| <b>Geburtsdatum</b><br><i>Date of birth</i><br>Data di nascita  | <b>Männlich</b><br><i>Male</i> <input type="checkbox"/><br>Maschile  | <b>Weiblich</b><br><i>Female</i> <input type="checkbox"/><br>Femminile |
| <b>Strasse/ Hausnummer</b><br><i>Address</i><br>Indirizzo   | <b>PLZ</b><br><i>Postal code</i><br>Codice di avviamento postale   |  |
| <b>Wohnort</b><br><i>Place of Residence</i><br>Residenza  | <b>Telefon Privat</b><br><i>Phone No. Home</i><br>Tel. casa  |  |
| <b>E-Mail</b>   | <b>Mobiltelefon</b><br><i>Portable Phone No.</i><br>Cellulare  |  |
| <b>Beruf</b><br><i>Occupation</i><br>Professione  | <b>Telefon Geschäft</b><br><i>Business Phone No.</i><br>Tel. Ufficio   |  |
| <b>Arbeitgeber</b><br><i>Address of Business</i><br>Ditta   | <b>Hausarzt</b><br><i>Family physician</i><br>Medico di famiglia   |  |
| <b>Name erziehungsberechtigte Person/ Vormund/ Kontaktperson</b><br><i>Name of legal guardian/ Contact person</i><br>Nome dei tutori/ persona di contatto | <b>Telefonnummer Vormund/ Kontaktperson</b><br><i>Phone No of person to contact</i><br>Cellulare della persona di contatto |  |
| <b>Krankenversicherung</b><br><i>Name of insurance</i><br>Cassa malattia  | <b>Versicherungsnummer</b><br><i>No. of insurance card</i><br>Numero del' assicurazione                                    |  |
|   | <b>AHV-Nummer bei Zivil- oder Militärdienst</b>  |  |

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtige die Ärzte der Permanence meinen Hausarzt und weitere an meiner Behandlung beteiligte Ärzte über meine Gesundheitsstörung bei Bedarf zu orientieren. Abrechnungsdaten dürfen, an auswärtige Rechnungsstellen (Krankenkassen, Inkassostellen, etc.) weitergegeben werden. Barzahlung für Patienten mit Wohnsitz im Ausland, mit ausländischer Krankenkasse oder ohne Versicherungsnachweis in der CH ist obligatorisch. Bei elektronischer Abrechnung mit der Versicherung wird dem Patienten nur auf ausdrücklichen Wunsch eine Kopie der Rechnung zugesandt. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende, als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder dem damit betrauten Rechtsanwalt, sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Im Falle von Rechtsstreitigkeiten gilt der Gerichtsstand Winterthur/Schweiz.

Bitte sagen Sie Termine bis spätestens 24 Stunden im Voraus ab, andernfalls kann Ihnen der Termin in Rechnung gestellt werden.

I confirm with my signature that the statements made above are true. I agree that the Permanence passes my medical information to my family physician and other physicians involved in the treatment. Administrative information, can be handed over to external offices (insurance companies, encashment agencies, etc.). Non-Swiss residents are obliged to pay in cash. In case of a direct electronic invoicing to the insurance a copy will be sent to the patient on special request only.

Liability and related claims against Permanence doctors shall be governed by Swiss law and the applicable court of jurisdiction shall be in Winterthur in Switzerland.

If an appointment cannot be met and has not been cancelled at least 24 hours before, the time may be invoiced.

Confermo la correttezza delle dichiarazioni fatte. Autorizzo i medici della Permanence di diffondere informazioni sul mio stato di salute al medico di famiglia e altri medici di competenza. In più permetto la trasmissione di dati amministrativi ad uffici esterni (cassa malattia, ufficio d'incasso ecc.).

Pazienti con residenza estera devono pagare in contanti. La Permanence manda la fattura elettronica alle assicurazioni, solo su richiesta venga delle copie della fattura al paziente.

In caso di controversia si applica la giurisdizione di Winterthur/Svizzera.

In caso di un appuntamento mancato senza cancellazione 24 ore prima dell'appuntamento, la consultazione sarà fatturata.

Datum/Date/Data: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Signature/Firma: \_\_\_\_\_

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Korrektheit meiner obigen Angaben, dass ich die Informationen gelesen habe und damit einverstanden bin.

*With my signature I certify that the above given informations are correct, that I read and understood the above given information and that I agree with it.*

Dichiaro con la mia firma che le mie informazioni dati sopra sono corrette, che ho letto e compreso le informazioni sopra e che sono d'accordo.