

Bitte mit Blockschrift ausfüllen

# Anmeldeformular

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  
 männlich

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahre)

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Zuweiser: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Bei allfälliger Spitalbehandlung

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung             | <input type="checkbox"/> ganze Schweiz  |
| <input type="checkbox"/> Halbprivate Spitalversicherung |   |
| <input type="checkbox"/> Private Spitalversicherung     |   |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer                   |   |
| <input type="checkbox"/> Doppelzimmer                   | <input type="checkbox"/> nur Wohnkanton |

Dr. Alexander Martin ist ermächtigt, meine gesundheitliche Situation betreffende medizinische Akten zur Einsicht anzufordern.

Ich erteile die Erlaubnis, nur die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die mit dem Inkasso beauftragte Institution weiterzuleiten.

Datum:

Unterschrift: