

## Für eine Terminanfrage bitte das Formular ausfüllen und mailen an [gesa.otti@hin.ch](mailto:gesa.otti@hin.ch)

**Wunschtermin:** Montag – Mittwoch – Donnerstag – Freitag  
Vormittag - Nachmittag

Name des Patienten:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon:

Natel Nr:

Zuweisender Arzt:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Versicherungsstatus:

Nein Hausarztmodell:  Ja

Gewicht: Grösse:

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderliche Daten sowohl an die rechnungsstellende, als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, sowie die zuständigen staatlichen Institutionen weiterzuleiten. Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture, éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift