

Patienteninformation

Name | Cognome | Nom | Name

Vorname | Nome | Prénom | First Name

Geburtsdatum | Data di nascita | Date de naissance | Date of Birth

Zivilstand | Stato civile | Etat civil | Marital status

Geschlecht | Sesso | Sexe | Sex

weiblich | féminina | féminin | female

männlich | maschio | masculin | male

Grösse (cm) | Statura | Grandeur | Height

Adresse | Indirizzo | Adresse | Adress

Strasse | Strade | Rue | Street

PLZ

Wohnort | Località | Localité | City

Nationalität | Nazionalità | Nationalità | Nationality

CH

Gewicht (kg) | Peso | Poids | Weight

Tel. Privat/Mobile

E-Mail

Beruf | Professione | Profession | Profession

Arbeitgeber | Datore di lavoro | Employeur | Employer **Tel.**

Nächste Angehörige | Parente prossimo | Plus proche parent | Next of kin

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin | Medico curante | Adressé par le docteur | Referring Doctor

Hausarzt/-ärztin | Medico di famiglia | Medecin de famille | Family Doctor

Krankenkasse/Grundversicherung | Cassa malati/Assicurazione di base |
Caisse de maladie/Assurance de base | Health Insurance/Basic insurance

Krankenkassenart: Allgemein
 Allgemein schweizweit
 Halbprivat
 HMO
 Privat
 Selbstzahler

Krankenkasse/Zusatzversicherung | Cassa malati / Assicu razione complementare |
Caisse de maladie/Assurance complémentaire | Health Insurance/Supplementary

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | Come e' riuscita ad avere il nostro contatto? |
Comment avez-vous entendu parler de nous? How did you hear about us?

Hausarzttempfehlung
 Freunde / Familie
 google
 docapp
 unsere Webseite
 Facebook
 andere _____

Meine(e) Arzt/ Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Il mio medico e autor izzato a richiedere in visione ingli atti medici che mi riguardano.

J'autorise mon medecin a demander les dossiers médicaux à mon sujet.

My doctor is authorized to request medical files concerning my person for consultation.

Datum | Data | Date | Date

Unterschrift | Firma | Signature | Signature

Ausgefülltes Formular bitte per Fax +41 61 302 02 03 oder per E-mail an info@magendarmbasel.ch senden.

AMB – Arztpraxis MagenDarm Basel | Dr. med. Julia Pilz | Fachärztin für Gastroenterologie FMH | Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
Aeschenvorstadt 37 | CH-4051 Basel | T: +41 61 302 02 02 | F: +41 61 302 02 03 | info@magendarmbasel.ch | www.magendarmbasel.ch
Postadresse: Postfach 363 | CH-4010 Basel