

Bettina Gogos, Spezialärztin FMH Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie

ANMELDEFORMULAR

An info@seedamm-praxis.ch mailen oder ausgefüllt zum Termin mitbringen. Online-Termine => [hier](#) vereinbaren!

Nachname - Family name

Vorname - First name

Geburtsdatum - Date of birth

Name Vater / Mutter (bei Kindern)

Strasse + Nr. - Street + No.

PLZ - ZIP

Wohnort - Place of residence

Natel - Mobile

Festnetz - Phone home

E-Mail

Arbeitgeber - Employer

Beruf - Occupation

Zuweisender Arzt - Referring physician

Hausarzt - Family doctor

Krankenkasse - Health insurance company

AHV-Nr. - Health insurance number

Spitalversicherung

Falls Unfall: Versicherung und Unfalldatum

Allgemein

Halbprivat

Privat

Ich erteile die Erlaubnis die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Ich ermächtige die Ärzte der Seedamm Praxis AG medizinische Akten zu meiner Erkrankung von anderen Ärzten anzufordern sowie unsere Krankenakten anderen Ärzten zuzusenden. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Abrechnung wenn möglich direkt mit meiner Krankenkasse erfolgt.
I hereby agree that for the purpose of billing my medical details may be supplied to any institution, an attorney and to the competent state authorities. I hereby authorise the doctors of the Seedamm Praxis AG to obtain medical records related to my illness from other doctors and to forward diagnostic and treatment results to any other doctor. I acknowledge that if possible the doctors of the See-praxen AG handle billing directly via the insurance of the patient.

Datum - date

Wann ist Ihr Termin? - When is your appointment?

Zeit - time

Speichern Sie das ausgefüllte Formular und senden Sie es als Beilage an: info@seedamm-praxis.ch. Das Zusenden gilt als Einverständniserklärung und Unterschrift!

Save the form and send it as attachment to: info@seedamm-praxis.ch. Your Mail is considered as agreement and signature!