

# Personalienblatt

<b>Name</b> cognome surname	<b>Vorname</b> nome first name
<b>Geburtsdatum</b> data di nascita date of birth	<b>Geschlecht</b> sesso <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich femminile                    maschile female                        male sex
<b>Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern) (+Adresse falls abweichend)</b> cognome e nome dei genitori o dei rappresentanti legali (se si tratta di bambini) (+indirizzo, se differente) full name of parent or legal guardian (if patient is a child) (+ address, if different)	
<b>Strasse, Nr.</b> via, n° street, no.	<b>PLZ und Wohnort</b> codice postale, località postal code and town
<b>Telefon privat</b> telefono privato private phon no.	<b>Mobiltelefon</b> cellulare mobile phone no.
<b>E-Mail</b>	
<b>Nationalität</b> nazionalità nationality	<b>Beruf</b> mestiere profession
<b>Arbeitgeber</b> datore di lavoro name of employer	<b>Tel. Geschäft</b> tel. lavoro work phone no.
<b>Hausarzt</b> medico di famiglia family doctor	<b>AHV-Nummer</b> numero AVS AHV number (social security)
<b>Krankenkasse</b> cassa malati health insurance company	<b>Versichertennummer</b> numero d'assicurato health insurance number

## **Erklärung**

- Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann.
- In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs-/Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden.
- Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
- Mir ist bewusst, dass verlangte Angaben via E-Mail nicht unter geschütztem Austausch stehen.
- Alle Ärzte der Praxisgemeinschaft Villmergen haben Einsicht in die Krankengeschichte.

## **dichiarazione**

- Il medico è autorizzato a richiedere in visione atti medici che mi riguardano ad altri medici o istituzioni mediche, evitando così di ripetere inutilmente degli esami.
- Nel mio interesse lo autorizzo inoltre a trasmettere il rapporto della sua visita e i risultati di eventuali esami al mio medico di famiglia o ad altri medici che mi hanno in cura.
- Autorizzo il medico a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla cassa dei medici nonché alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso e ad altre istanze ufficiali competenti.
- Sono consapevole che in caso di una mia richiesta via e-mail, lo scambio non verrà effettuato su una linea sicura.
- Tutti i medici del nostro studio Praxisgemeinschaft Villmergen hanno accesso alla mia cartella clinica.

## **declaration**

- My doctor has the authority to request medical history data from previous doctors, hospitals and other medical institutions if it allows to avoid repeated tests/diagnoses and thereby to reduce costs.
- My doctor's back office is authorized to share my personal diagnosis or laboratory test results with doctors/hospitals doing follow-up treatment. The same applies for sharing data with national institutions or lawyers, if needed.
- I authorize the sharing of my medical data with my health insurance company for invoicing purposes only.
- I am aware that any information and documents exchanged by e-mail are standard protected only.
- I am aware that all doctors at Praxisgemeinschaft Villmergen have insight into my medical record.

**Datum**

data

date

**Unterschrift**

firma

signature

---