



PD Dr. med. Nicole Bürki
Fachärztin FMH Gynäkologie & Geburtshilfe

Bürki Praxis

Patientendaten

Termin: _____

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Zivilstand

Name und Vorname Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen)

Strasse, Nr.

PLZ Wohnort

Nationalität

Telefon Privat

Telefon Mobile

Telefon Geschäft

E-Mail

Beruf

Hausarzt

Krankenkasse

Versicherungskarten Nummer
(8075xxxxxxxxxxxxxxxx)

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Ärztin, die Honorarrechnung elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Bei Krankenkassen, welche dieses System nicht unterstützen (z.B. Agilia, Agrisano, Assura, Cigna, Galenos, EasySana, Innova, Sanagate, Swisscare), wird die Rechnung direkt an Ihre Wohnadresse gesendet. Setzen Sie sich mit unserem Praxispersonal in Verbindung, falls Sie eine Kopie der Rechnung wünschen.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern und in meinem Interesse weiter zu leiten.

Die Patientin erklärt mit ihrer Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Im Verhinderungsfall bitte 24 Stunden vorher abmelden, damit ersparen Sie sich die Verrechnung der für Sie reservierten Zeit. Falls Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, behalten wir uns vor Ihnen die versäumte Konsultation zu verrechnen.

Datum:

Unterschrift