

Anmeldeformular
Formulaire d'inscription
Formulario d'iscrizione

Bitte in Blockschrift ausfüllen
Veillez remplir en caractères d'imprimerie
Si prega di scrivere in stampatello

Name	Vorname
Nom	Prénom
Cognome	Nome

Adresse	Strasse/Rue/Via	PLZ/NPA/CAP	Wohnort/Localité/Località
Adresse			
Indirizzo			

Geburtsdatum	Geschlecht	w ☐ m ☐	Tel. Privat/Tél. privé/Tel. privato
Date de naissance	sexe	f ☐ m ☐	Mobile/Tél. portable/Cellulare
Data di nascita	sessso	f ☐ m ☐	E-mail

Beruf	Arbeitgeber/Ort	Telefon Geschäft
Profession	Employeur/lieu	Tél. de l'employeur
Professione	Datore di lavoro/luogo	Tel. ufficio

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin	Hausarzt/-ärztin
Adressé par le médecin	Médecin de famille
Inviato dal medico curante	Medico di famiglia

Kostenträger	☐ Krankenkasse/Ort/Nr.	VeKa-Nr.
Garant	Caisse maladie/lieu/n°	CADA n°
Garante	Cassa malati/luogo/n°	TEDA n°

☐ Unfallversicherung/Ort/Nr.
Assurance accidents/lieu/n°
Assicurazione infortunio/luogo/n°

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Ich bin Selbstzahler
Ich wurde über die Konditionen und Preisgestaltung transparent informiert. Ich willige hiermit ein, die Rechnung als Selbstzahler auf eigene Kosten zu übernehmen. Eine allfällige Weiterleitung an einen Kostenträger erfolgt nicht zu Lasten des Leistungserbringers. | ☐ Je paie moi-même
J'ai été informé(e) de manière transparente des conditions et de la conception des prix. Par la présente, j'accepte de prendre moi-même en charge les frais en tant que payeur direct. Un éventuel transfert à un répondant des coûts ne se fera pas à charge du fournisseur de prestations. | ☐ Pago personalmente
Sono stato informato/a in modo trasparente delle condizioni e dei costi del trattamento. Con la presente, accetto di prendere a carico personalmente i costi in qualità di debitore diretto. Un eventuale trasferimento a un garante dei costi non sarà a carico del fornitore di prestazione. |
|--|---|---|

Wir bitten Sie, den Text auf der **Rückseite** zu beachten und die Erklärung zu **unterschreiben!**

Veillez consulter **le verso** de ce document et nous vous prions de **le signer!**

Vi preghiamo di leggere il **retro** di questo documento e **di firmarlo!**



Einverständniserklärung

Mein/e PhysiotherapeutIn wird von mir bevollmächtigt:

- medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten auszutauschen.
- die erforderlichen persönlichen und Behandlungsdaten sowohl an die rechnungsstellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, als auch an den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Vereinbarte Behandlungstermine, welche von mir nicht wahrgenommen und nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin abgesagt wurden, werden mir privat (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Krankenkassen) in Rechnung gestellt.

Es ist Schweizer Recht anwendbar.

- ☐ Die Angaben wurden wahrheitsgetreu gemacht und die Einverständniserklärung habe ich gelesen.

Datum
Date
Data

Déclaration de consentement

J'autorise mon/ma physiothérapeute:

- à échanger des informations médicales relatives à mon traitement avec mon médecin traitant;
- à transmettre toutes les données personnelles requises ainsi que les informations relatives à mon traitement à l'organisme de facturation et à l'institution chargée d'un éventuel encaissement ainsi qu'à l'avocat mandaté et aux instances étatiques compétentes.

Tout rendez-vous convenu auquel je ne me serai pas présenté(e) et que je n'aurai annulé au moins 24 heures auparavant me sera facturé et ne pourra être remboursé par les caisses-maladie.

Le droit suisse s'applique.

- ☐ Les données sont conformes à la vérité et j'ai lu la déclaration de consentement.

Unterschrift
Signature
Firma

Dichiarazione di consenso

Autorizzo il fisioterapista:

- a scambiare informazioni mediche relative al trattamento con il mio medico curante;
- a trasmettere tutti i dati personali richiesti come pure le informazioni relative al mio trattamento all'ufficio di fatturazione e all'istituto incaricato per un eventuale incasso come pure all'avvocato delegato e alle istanze statali competenti.

Gli appuntamenti fissati ai quali non mi sarò presentato/a senza averli annullati con almeno 24 ore di anticipo, mi saranno fatturati e non potranno essere rimborsati dalle casse malati o dalle assicurazioni.

Si applica il diritto svizzero.

- ☐ Ho letto la dichiarazione di consenso e confermo che i dati riportati sono conformi alla verità.