

# Anmeldeformular

**Name**

Surname  
Nom  
Cognome

---

**Vorname**

Firstname  
Prenom  
Nome

---

**Name und Vorname des  
Erziehungsberechtigten (bei Kindern)****Geburtsdatum**

Date of birth  
Date de naissance  
Data di nascita

**Geschlecht**

Sex  
Sesso  
Sexe

f  m

---

**Strasse**

Street  
Rue  
Via

---

**Postleitzahl**

Postcode  
No postal  
No postale

**Wohnort**

Residence  
Localite  
Localita

---

**Tel. Privat**

Phone number  
N. telefonico  
N. de telephone

**Natel****Geschäft****Ferienadresse**

Holiday address  
Indirizzo di vacanza  
Adresse de vacances

---

**Beruf****Arbeitgeber****Ort**

Für CH

**Krankenkasse/Ort****Mitglied-Nr.**

Für **nicht** CH

**Privat versichert**     **Allgemein versichert**     **Europäische Vers. Karte**

---

# Tiers payant

**Name****Vorname****Krankenkasse/Ort****Mitglieder-Nr.****AHV-Nr.**

756. \_ \_ \_ \_ . \_ \_ \_ \_ . \_ \_

---

**Ich wünsche das Abrechnungssystem:**

- Arztrechnung an meine Krankenversicherung** (Tiers payant)  
 **Arztrechnung an mich** (Tiers garant)

**Wenn Sie eine Rechnungskopie wünschen, erhalten Sie diese bei Ihrem nächsten Besuch in unserer Praxis.** (Rechnungskopien können auch jederzeit auf Anfrage nachgeliefert werden.)

---

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit eine allfälligen Inkasso beauftragen Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnung elektronisch via eastcare verschickt.

**Zur Information:**

Je nach Versicherung müssen Nichtpflicht-Medikamente direkt dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

**Datum:****Unterschrift:**

Dr. med. Arno Bergamin - Allgemein Medizin FMH - Voa Principala 20 - CH 7077  
Valbella  
Tel +41 (0)81 384 20 22 - Fax +41 (0)81 384 20 91