

Personalien-Blatt

AHV-Nummer	<input type="text"/>		
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Telefonnr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Arbeitgeber	<input type="text"/>	Telefonnr. Geschäft	<input type="text"/>
Zuweisender Arzt/Ärztin	<input type="text"/>	Hausarzt/-ärztin	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Sektion/Mitglied-Nr.	<input type="text"/>

Eingeschränkte Arztwahl (Hausarztmodell)

Freie Arztwahl

**Kostenträger/
Garant**

Krankenkasse

Unfall

Selbstzahler

Allgemeinabteilung

Halbprivat Spitalversicherung

Privat Spitalversicherung

Selbstzahler

Mein(e) Arzt/ Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern.

Ort/Datum

Unterschrift