

**Personalien:**

Herr  Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

*Angaben des gesetzlichen Vertreters (z.B. bei Kinder <18J oder wenn ein Vormund besteht):*

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf/  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ VersichertenNr.: \_\_\_\_\_  
AHV Nr.: 756. \_\_\_\_\_

**Medizinische Angaben:**

Leiden Sie unter Allergien/Unverträglichkeiten?  Nein

Ja \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  Nein

Ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden Grunderkrankungen?  Keine

Herz-/Kreislaufkrankung  Diabetes  Nierenleiden  Hepatitis

Schilddrüsenerkrankung  Lungen  Rheuma  HIV

Andere: \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass die für die Rechnungsstellung sowie die Prüfung meines Zahlungsverhaltens erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende Institution (z.B. Swisscom Health AG) und ihre Vertragspartner als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen Stellen (z.B. Wirtschaftsauskunfteien) oder staatliche Instanzen weitergeleitet bzw. bei diesen eingeholt werden können. Mein Arzt/meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und Behandlungsberichte an andere Ärzte/innen senden zu dürfen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der direkten und unverschlüsselten Kommunikation mit der Permanence-RJ per E-Mail und/oder Mobiltelefon einverstanden bin.

Rapperswil-Jona, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_