



PERSONENDATEN	
Name	Vorname
Name / Vorname des gesetzlichen Vertreters (bei Kindern)	
Geburtsdatum	Nationalität
	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Strasse / Hausnummer	PLZ / Ort
Telefon privat	Telefon Geschäft
Mobile Tel	E-Mail-Adresse
Zuweisender Arzt	Hausarzt
VERSICHERUNGSDATEN	
Krankenkassen-Grundversicherung	Versicherten-Nummer
Krankenkassen-Zusatzversicherung	Versicherten-Nummer
Unfallversicherung	Versicherten-Nummer

Ich wünsche das Abrechnungssystem: **Arztrechnung direkt an meine Krankenversicherung (Tiers Payant)**
 Arztrechnung an mich (Tiers Garant)

Ich wünsche die Rechnungskopie: **per Mail (Standard)** **per Post**

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren abzufragen und 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. Weiter willige ich hiermit ein, dass der/die Arzt/Ärztin oder eine von ihm/ihr beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann. Für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen Patient/Patientin und der Augenarztpraxis Therwil gilt der Gerichtsstand Arlesheim.

Der Patient/Die Patientin erklärt unterschriftlich, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass die Augenarztpraxis die Rechnungen elektronisch und gesichert via das MediData-Netz verschickt.

Ort/ Datum	Unterschrift
-------------------	---------------------