

Dr. med. Daniela Friedrich  
Dr. med. Lina Baldinger  
FMH Allg. Innere Medizin

Feldstrasse 60  
8180 Bülach

Tel: 044 886 38 05  
Fax: 044 886 38 06

## Anmeldeformular für Patienten

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon P: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon M: \_\_\_\_\_ Telefon G: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

*Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten*  
*(bei Kindern unter 18 Jahren)*

*Adresse der/des Erziehungsberechtigten*  
*(bei Kindern unter 18 Jahren)*

Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_ Selbstzahler:  JA  NEIN

Zuweisender Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten, an die zuständige staatliche Instanz (Inkasso) weiterzuleiten.

Mit dem Arzttarif TARMED wird auch eine Automatisierung der Rechnungskontrolle durch die Krankenkassen angestrebt. Deshalb werden alle Rechnungen anonymisiert dem Trustcenter hawatrust übermittelt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen wenn möglich elektronisch versendet.

Ort / Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_