Dr. med. André C.M. Eugster, Ophthalmologie & Ophthalmochirurgie FMH, Münzgasse 6, 8400 Winterthur

Name **Vorname**

Zivilstand **Geburtsdatum**

Nationalität

Strasse

PLZ, Ort

Telefon Privat **Natel** **Geschäft**

Bei Minderjährigen
Name und Vorname des Erziehungsberechtigten

Krankenkasse **Mitgliedernummer**

Unfallkasse **Mitgliedernummer**

Hausarzt: Name & Adresse

Beruf **Arbeitgeber**

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten auch in elektronischer Form sowohl an die Krankenkasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution sowie die zuständigen Instanzen weiterzuleiten. Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden..
Versäumte Konsultationen werden in Rechnung gestellt (ist nicht durch die Versicherung gedeckt!)

Der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Datum **Unterschrift**