



Orthopädische Chirurgie Obersee  
Huobstrasse 3  
8808 Pfäffikon SZ  
Schweiz

## Anmeldeformular für Patienten

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geschlecht: M W Zivilstand: .....  
Strasse: ..... PLZ: ..... Ort: .....  
Telefon: ..... Mobile: .....  
E-Mail: ..... Nationalität: .....  
Hausarzt/-ärztin: .....

Krankenversicherung: ..... Versicherungsklasse: allg. HP P  
Versichertennummer: ..... AHV-Nummer: .....  
Kartenummer: .....  
Bei Unfall:  
Unfallversicherung: .....  
Schadenummer: .....  
Beruf: .....  
Arbeitgeber: .....

Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie an allfällige nachbehandelnde Ärzte zuzusenden.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch via Mediport verschickt.

Ort/Datum: ..... Unterschrift: .....