



Familienname/ Nom	
Vorname/ Prénom	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Name der Eltern/ Nom de parent	
Geburtsdatum/ Date de naissance	
Strasse/ Rue	
PLZ Wohnort Land Adresse	
Tel. Privat mit Vorwahl/ Tél. privé	
Notfallkontakt personne à contacter en cas d'urgence nome, tel., relation	
Natel/ Handy	
E-Mail	
Krankenkasse/ Caisse d'assurance maladie	
Hausarzt/Kinderarzt, Ort Medecin de famille	
Arbeitgeber/ Employer	
Beruf/ Profession	
Unfallversicherung/ Assurance-accidents	
Allergien/ Allergie	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> oui, ce sont:

Déclaration de protection des dates

Je suis d'accord que mes dates personnelles sont enregistrées de façon électronique conformément à la lois de protection des données et que les autres médecins du ambulance ont le droit de consulter mon dossier en cas d'urgence.

Rechtswahl: Für die Rechtsbeziehungen der Parteien und insbesondere für sämtliche Ansprüche im Zusammenhang mit Untersuchungen, Behandlungen und jeglichen weiteren Leistungen bei allen Ärzten der Gruppenpraxis Küblis ist das schweizerische materielle Recht anwendbar, namentlich das schweizerische Obligationenrecht. **Gerichtsstand** für sämtliche Streitigkeiten im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung ist ausschliesslich Küblis, Schweiz.

Datum und Unterschrift/ **Date et signature**
