



Familienname/ Sobrenome		
Vorname/ Nome	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Gesetzliche Vertretung/ Representação legal		
Geburtsdatum/ Data de nascimento		
Strasse/ Rua		
PLZ Wohnort Land Localidade e código postal		
Tel. Privat mit Vorwahl/ Telefone privado		
Notfallkontakt Contato de emergência Nome, tel, relação		
Natel/ Telemóvel		
E-Mail		
Krankenkasse/ Caixa de assistência médica		
Hausarzt/Kinderarzt, Ort Médico de família		
Arbeitgeber/ Empregador		
Beruf/ Profissão		
Unfallversicherung/ Seguro de acidentes		
Allergien/ Alergia	<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> sim, qual:	
Abrechnungssystem/ Faturação	<input type="checkbox"/> Arztrechnung an meine Krankenversicherung/ conta do médico endereçoado a caixa de assistência médica (Tiers payant)	<input type="checkbox"/> Arztrechnung an mich/ conta do médico para mim (Tiers garant)
Rechnungskopie	<input type="checkbox"/> in Arztpraxis	<input type="checkbox"/> per Post

Declaração de Privacidade

Concordo que os meus dados sejam armazenados electronicamente de acordo com a Lei de Protecção de Dados e que outros médicos do Gruppenpraxis, possam ter acesso aos mesmos em caso de emergência.

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/ **Assinatura**