



Familienname/ Cognome	
Vorname/ Nome	Genere: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Name der Eltern/ Nome de genitori	
Geburtsdatum/ Data di nascita	
Strasse/ Via	
PLZ Wohnort Land Indirizzo	
Tel. Privat mit Vorwahl/ Tel. privato	
Notfallkontakt contatto di emergenza nome, tel., relazione	
Natel/ Cellulare	
E-Mail	
Krankenkasse/ Cassa malattia	
Hausarzt/Kinderarzt, Ort Medico di famiglia	
Arbeitgeber/ Datore di lavoro	
Beruf/ Professione	
Unfallversicherung/ Assicurazione contro gli infortuni	
Allergien/ Allergia	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> se si, quale sono:

Dichiarazione sulla protezione dei dati

Do il mio accordo che i miei dati vengono registrati elettronicamente in osservanza della legge sulla protezione dei dati ed anche gli altri medici dell'ambulanza possono prendere visione della mia cartella in caso d'urgenza.

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/ **Data e firma**
