

Personalien / Personal Data

Deutsch / English

Name family name	Vorname first name
Adresse address	PLZ Wohnort city
Geburtsdatum date of birth	Bei Minderjährigen: Name der Erziehungsberechtigten For minors: name of legal guardian
Beruf occupation	Arbeitsstunden pro Woche working hours per week
Arbeitgeber + Adresse employer + Adress	Hausarzt family doctor
Telefon/Mobile phone/mobile	Krankenkasse health insurance
E-Mail e-mail	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? how did you find out about us?

Die Praxis Mall of Switzerland MedCenter AG wird von mir bevollmächtigt:

- mich per Mail zu kontaktieren
- medizinische Berichte oder Rechnungskopien per Mail an mich zu verschicken (eine Rechnungskopie kann jederzeit eingefordert werden)
- medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen mit den zuweisenden oder behandelnden Ärzte sowie mit anderen Praxen der MedCenter Gruppe auszutauschen
- die erforderlichen Daten (persönliche und Behandlungsdaten) sowohl an die rechnungsstellende Abteilung und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution als auch an den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten

The Praxis Mall of Switzerland MedCenter AG is authorized to:

- to contact me by e-mail
- to send medical reports or invoices by e-mail (the invoice copy can be requested at any time)
- to exchange medical datas related to my treatment with referring or treating physicians and other MedCenter Group practices
- to pass on the required data (personal and treatment data) to both the accounting department and the collection agency and, in the event of litigation, to any licensed lawyer and the relevant state authorities

Ich wünsche den Praxis Mall of Switzerland Newsletter kennen zu lernen:

JA NEIN

I would like to get to know the Praxis Mall of Switzerland Newsletter

YES NO

Bitte beachten Sie, dass sich unser Newsletterdienst nur an Personen richtet, die das 12. Lebensjahr vollendet haben.

Please note, that our newsletter service is only aimed at people who have reached the age of 12 years.

Ich habe die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet und die aufgeführten Punkte gelesen und bin damit einverstanden.

I have answered the questions truthfully and read the items listed and I agree.

Unterschrift

signature

Datum

date

Données personnelles / Dati personali

Français / Italiano

nom cognome	prénom nome
adresse indirizzo	domicile residenza
date de naissance data di nascita	concernant les mineurs: nom du tuteur légal Per i minori: nome del tutore legale
profession professione	heures de travail par semaine orario di lavoro a settimana
employeur + adresse datore di lavoro + indirizzo	médecin de famille medico di famiglia
téléphone/mobile telefono/mobile	caisse maladie assicurazione sanitaria
courrier électronique e-mail	comment avez vous faites connaissance de nous? come ha saputo di noi?

Praxis Mall of Switzerland MedCenter AG est autorisée à:

- me contacter par courrier électronique
- envoyer des rapports médicaux ou des factures par courrier électronique (la copie de la facture peut être demandée à tout moment)
- échanger des données médicales relatives à mon traitement avec des médecins référants ou traitants et d'autres cabinets du groupe MedCenter
- transmettre les données requises (données personnelles et données de traitement) à la fois au service de la comptabilité et à l'agence de recouvrement et, en cas de litige, à tout avocat agréé et aux autorités de l'État compétentes

La Praxis Mall of Switzerland MedCenter AG è autorizzata a:

- per contattarmi tramite e-mail
- inviare referti medici o fatture tramite e-mail (la copia della fattura può essere richiesta in qualsiasi momento)
- scambiare dati medici relativi al mio trattamento con medici di riferimento o di cura e altre pratiche del Gruppo MedCenter
- trasmettere i dati richiesti (dati personali e di trattamento) sia all'ufficio contabilità che all'agenzia di riscossione e, in caso di controversia, a qualsiasi avvocato autorizzato e alle autorità statali competenti

J'aimerais recevoir les informations électronique de Praxis Mall of Switzerland Newsletter OUI NO

Mi piacerebbe conoscere la Newsletter di Praxis Mall of Switzerland Newsletter SI NO

Veuillez noter que notre service newsletter s'adresse uniquement aux personnes ayant atteint l'âge de 12 ans

Si prega di notare che il nostro servizio di newsletter è rivolto esclusivamente a persone che hanno compiuto 12 anni.

J'ai honnêtement répondu aux questions et j'ai bien lu les éléments énumérés et j'en suis d'accord.

Ho risposto sinceramente alle domande e ho letto gli articoli elencati e sono d'accordo.

signature

firma

date

data