

## Aerztehaus Niederuzwil

Bankstrasse 1  
9244 Niederuzwil  
Tel 071 951 60 51

### PERSONALIEN

**NAME** (incl. lediger Name)

.....  
**VORNAME**

.....  
**GEBOREN AM**

.....  
**STRASSE**

.....  
**PLZ/WOHNORT**

.....  
**TELEFON / NATEL**

.....  
**BERUF**

.....  
**ARBEITGEBER**  
(mit Adresse/Telefon)

.....  
**E-MAIL ADRESSE**

.....  
**HAUSARZT**

.....  
**KRANKENKASSE**  
(Sektion, Vers. Nr.)  
Hausarztmodell/HMO ? (Bitte unterstreichen)

.....  
**UNFALLVERSICHERUNG**  
(Unfallnummer, wenn bekannt)

.....  
**ABRECHNUNGSSYSTEM      RECHNUNG    an mich                        an Krankenkasse\***

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben, die für die Rechnungsstellung wichtig sind.  
Für die IV- und UVG- Behandlungen erfolgt die Rechnungsstellung direkt an die Versicherung.  
Ich anerkenne, dass im Fall der erfolglosen Mahnung die Behandlung durch den Arzt unterbrochen werden kann  
(ausgenommen in dringenden Notfällen). Ferner gebe ich meine Einwilligung, dass meine Behandlungsdaten zwecks  
Vergütung/Rückerstattung durch die Krankenkasse resp. Vergütung durch die Unfallversicherung/IV und auch zu statistischen  
Zwecken an die Firma Eastcare AG, St.Gallen, oder an eine Inkassostelle sowie zuständige Amtsstellen übermittelt werden  
dürfen. Diese Vereinbarung ersetzt alle früheren Vereinbarungen.  
\*Bei Rechnungsstellung an die Krankenkasse (Tiers payant) erfolgt diese elektronisch via Eastcare. Eine Rechnerkopie kann  
direkt in der Arztpraxis angefordert werden.

9244 Niederuzwil, .....(Datum)

**Unterschrift**.....  
(bei Minderjährigen Inhaber der elterlichen Gewalt)