

Personalien

Bitte in Blockschrift ausfüllen
Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

Si prega di scrivere in stampatello
Escribir con mayusculas por favor

Name

cognome
nom
apellido

Vorname

nome
prénom
nombre

Geburtsdatum

data di nascita
date de naissance
fecha de nacimiento

**bei Kindern: Vorname des Vaters oder
der Mutter (für Rechnung)**


del padre / della madre
du père / de la mère
del padre / della madre

Strasse, Nr.

indirizzo
adresse
direccion

PLZ, Wohnort

num. post.
num. post.
num. post.

→  **E-Mail Adresse:** _____

Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden, dass Fr. Dr. J. Djahanschahi Bajka alle benötigten medizinischen Daten von mir zur weiteren Behandlung erhält.

Ich erteile Ihr weiter die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die Ärztekasse oder ähnliche Institutionen weiterzuleiten.

Dübendorf, _____ Unterschrift: _____

Telephon Privat/Mobile/Handy

tel. Privato/
tél. Privé/
tel. Privado

Telephon Geschäft

tel. d'ufficio
tél. de l'employeur
tel. del patrono

Beruf (eigener)

professione (proprio)
profession (propre)
profession

Arbeitgeber

datore di lavoro
employeur
patrone

Krankenkasse

cassa malati
caisse maladie
seguro de enfermedad

Hausarzt

medico di famiglia
médecin de famille
medico de familia

Besonderes Leiden Sie an Zucker (Diabetes)? Ja Nein