

Anmeldeformular

Sämtliche Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien

Familienname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse, Nr., PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Ggf. gesetzlicher Vertreter	
Kostenträger	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	

Gesundheitszustand

<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung	z.B. Herzinnenhautentzündung, Herz(Klappen)fehler, künstliche Herzklappen, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Bluthochdruck, Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	z.B. Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	z.B. Nierentransplantation, dialysepflichtige Niereninsuffizienz, akute Glomerulonephritis
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung	z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Magengeschwüre, Darmgeschwüre
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung	z.B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): Typ 1/2?, Schilddrüsenüberfunktion
<input type="checkbox"/> Bluterkrankung	z.B. erhöhte Blutungsneigung, Blutarmut
<input type="checkbox"/> Infektionserkrankung	z.B. Herpes simplex, Herpes zoster (Gürtelrose), HIV/AIDS, Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Allergie	z.B. Latex, Penizillin, Ibuprofen, Chrom, Nickel
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung	z.B. Rheumatoide Arthritis, Psoriasis, Sjögren-Syndrom, Arthrose, Fibromyalgie
<input type="checkbox"/> Nervensystem-Erkrankung	z.B. Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose, Demenz, Anorexie, Bulimie, Depression, Schizophrenie
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	
<input type="checkbox"/> Tabakkonsum	
<input type="checkbox"/> Medikamente	
<input type="checkbox"/> Nichts davon zutreffend	

Zahlungsmodalitäten

Sie erhalten von uns eine Rechnung mit einer Zahlungsfrist von 30 Tagen netto. Eine erste Mahnung ist kostenlos. Für eine zweite Mahnung wird eine Mahngebühr von CHF 20.00 erhoben, für eine dritte (letzte) Mahnung CHF 50.00. Bleibt Ihre Zahlung weiterhin aus wird die Inkasso Med AG, Schwerzenbach, mit dem Inkasso beauftragt. In diesem Fall schulden Sie uns rückwirkend ab Ende der 30-tägigen Zahlungsfrist zusätzlich einen Verzugszins von 5 % p.a. auf dem Rechnungsbetrag. Zudem tragen Sie folgende, durch die Übergabe an die Inkasso Med AG entstehenden Kosten bei Zahlungsverzug: **Bearbeitungsgebühr** abhängig von der Forderungshöhe, Maximalbetrag in CHF: **50** (bis 20); **70** (bis 50); **100** (bis 100); **120** (bis 150); **149** (bis 250); **195** (bis 500); **308** (bis 1'500); **448** (bis 3'000); **1'100** (bis 10'000); **1'510** (bis 20'000); **2'658** (bis 50'000); **6%** der Forderung (ab 50'000). Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den genannten Zahlungsmodalitäten einverstanden und erteilen uns für ein allfälliges Inkasso die Erlaubnis, die notwendigen Daten an die Inkasso Med AG sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Datum, Unterschrift: