

Dr. med. Ronald Fried

FMH für Innere Medizin, spez. Magen- und Darmkrankheiten
Gastropraxis-Fried AG
Steinenring 49, 4051 Basel

Frau

Herr

Titel _____

Familienname _____

Vorname _____

Strasse _____

Plz. _____ **Ort** _____

Geb. Datum _____

Tel. privat _____

Natel _____

Tel. Geschäft _____

Email _____

Beruf / Arbeitgeber _____

AHV-Nummer _____

Krankenkasse _____

Hausarztmodell/HMO

Kennnummer der Karte _____

Hausarzt/-ärztin _____

Der/die Patient/in ermächtigt hiermit die Praxis Dr. R. Fried, alle für die Behandlung notwendigen Akten von Spitälern, Ärzten und anderen Medizinalpersonen anzufordern.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir nach Möglichkeit direkt mit Ihrer Krankenkasse abrechnen. Dafür - sowie für inkassorechtliche Massnahmen - entbinden Sie uns durch Ihre Unterschrift von der ärztlichen Schweigepflicht.

Für die Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient/in ist ausschliesslich das schweizerische materielle Recht anwendbar, namentlich das schweizerische Obligationenrecht. Ausschliesslicher Gerichtsstand ist Basel, Schweiz.

The legal relationship between doctor and patient is subject solely to substantive Swiss law. The Swiss courts of Basel shall have exclusive jurisdiction over any disputes resulting from the relationship between doctor and patient as well as from respective interrelated contracts.

Unterschrift: _____

Datum: _____