



Versicherungsnehmer:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Antrag Nr.:

Police Nr.:

Charta PharMed

Arztwahl gemäss Hausarzt-Modell

Ich verpflichte mich, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt (Allgemeinarzt) aufzusuchen, dessen Name und Adresse ich nachstehend der Assura mitteile. Ausgenommen sind Notfälle, Besuche beim Gynäkologen, beim Kinder- und Augenarzt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Hausarzt die Bezugsperson ist, die sämtliche medizinischen Fragen koordiniert. Er entscheidet ebenfalls, ob er die Behandlung selber weiterführt oder mich an einen Spezialisten verweist.

Ich bin informiert worden, dass ich den Hausarzt nur mit dem vorgängigen Einverständnis der Assura wechseln kann.

Name und Adresse meines Hausarztes

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

Wahl der Apotheke

Mit Ausnahme von Notfällen oder Auslandsaufenthalten verpflichte ich mich, meine Medikamente und/oder alle anderen pharmazeutischen Präparate, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, bei einer von der Assura anerkannten Apotheke zu beziehen.

Diese Apotheken koordinieren alle Fragen im Zusammenhang mit den verschriebenen medikamentösen Behandlungen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Einhaltung vorgenannter Regeln die Bedingung zur Übernahme meiner Rechnungen durch meinen Krankenversicherer ist.

Ort und Datum _____

Unterschrift _____