



TEILNAHME-ERKLÄRUNG

für das 10-Punkte-Programm der SBV

siehe auch <http://sbv-asmi.ch/verband-der-belegaerzte-der-schweiz/qualitaet/>

Name, Vorname:

Akad. Titel

FMH-Facharzttitel:

Adresse:

.....

Berufsausübung im Kanton:

bitte in Blockschrift ausfüllen

Der/die unterzeichnende Arzt/Ärztin, Mitglied der SBV, teilt die Auffassung, den zusatzversicherten Patienten bei einem Spitalaufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung ein erweitertes ärztliches Leistungsangebot zukommen zu lassen, und er/sie verpflichtet sich entsprechend gegenüber der SBV, dies den Patienten anzutragen.

Der/ die Unterzeichnende wünscht

ein VERPFLICHTUNGSATTEST FÜR 2025 BIS 2027

Der/die unterzeichnende Arzt/ Ärztin, Mitglied der SBV, der/die ein Verpflichtungsattest anfordert,

wünscht *

wünscht nicht*

***Zutreffendes bitte ankreuzen**

auf einem für die Patienten bestimmten, öffentlich zugänglichen Verzeichnis auf der Web-Site der SBV (www.sbv-asmi.ch/qualitaet) aufgeführt zu werden.

Bitte dieses Formular unterzeichnet zurücksenden an

**Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
Moosstrasse 2, 3073 Gümligen
E-Mail: info@sbv-asmi.ch**

Ort, Datum :

Unterschrift: