

Patientenanmeldung

Gemäss neuem Datenschutzgesetz

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Gesetzlicher Vertreter (bei Kindern) _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Festnetz _____ Handy _____

Krankenkasse _____ Versicherten-Nr. _____

Email _____

Wir rechnen direkt mit Ihrer Krankenkasse ab. Sie erhalten eine Kopie der Abrechnung, die wir an Ihre Krankenversicherung schicken. Die Angabe der Email-Adresse ist wichtig, damit Ihnen diese Abrechnungen schnell und unbürokratisch übermittelt werden können.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution (aktuell: Swisscom / Curaline) oder den damit befassten Rechtsvertretern sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weitergeleitet werden dürfen.

Ich gebe meine Einwilligung, dass mein Arzt / meine Ärztin bzw. deren Angestellte im Rahmen ihrer Tätigkeit ermächtigt sind, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Informationen an die in meine Behandlung involvierten Ärzte und Therapeuten zu übermitteln.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass mein Arzt / meine Ärztin bzw. deren Angestellte im Rahmen ihrer Tätigkeit mit mir via Email kommunizieren und mir medizinische Befunde oder Dokumente per Email übermitteln dürfen.

Falls Sie nicht einwilligen, streichen Sie bitte diesen Absatz

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, dann sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab – oder sollte dies aus wichtigem Grund nicht möglich sein, so bald wie möglich. Da wir die Zeit speziell für Sie reservieren, müssen wir Ihnen für einen versäumten Termin eine Umtriebsentschädigung von CHF 120,- berechnen, welche nicht von Ihrer Krankenversicherung übernommen wird.

Datum _____ Unterschrift _____