

Patientenblatt – Persönliche Angaben

Personalien

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht Weiblich Männlich

Nationalität _____

Berufliche Tätigkeit _____

AHV-Nummer 756. _____

Erziehungsberechtigte/bevollmächtigte Person

Name _____

Vorname _____

Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag

Haben Sie eine Patientenverfügung? einen Vorsorgeauftrag?

Kontaktangaben

Persönliche Kontaktangaben

Tel. Privat _____

Tel. Geschäft _____

Tel. Mobile _____

E-Mail _____

Kontaktperson im Notfall

Ehepartner Lebenspartner Eltern/-teil Tochter/Sohn

Andere: _____

Vorname / Name _____

Adresse / Ort _____

Telefon _____

Hausarzt

Name der Praxis _____

Name Arzt / Ärztin _____

Ort _____

Krankenversicherung

Krankenkasse _____

Modell _____ Franchise _____

Ort _____

Versicherungsnummer _____

Terminabsagen

Termine müssen im Verhinderungsfall mindestens 24 Stunden vorher, per Telefon oder Mail, abgesagt werden, ansonsten erfolgt die Verrechnung ohne Kassenpflicht mit einem Betrag von CHF 50.

Rechnungsstellung

Ihre Rechnung schicken wir direkt an Ihre Krankenkasse. Soll die Rechnung anstatt an die Versicherung an Sie gehen, so teilen Sie uns dies bitte mit.

Meiner Ärztin / meinem Arzt ist es erlaubt, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland oder mit ausländischer Krankenkasse ist eine Zahlung Vorort obligatorisch.

Qualitätsmanagement & Datenschutz

Wir legen grossen Wert auf eine hohe Betreuungsqualität. Um die medizinische Qualität und Patientensicherheit laufend zu verbessern, lassen wir periodisch und stichprobenmassig Krankengeschichten durch interne und externe Fachpersonen prüfen. Mit Ihrer Einwilligung zur Weiterverwendung Ihrer Daten tragen Sie zur Forderung einer bestmöglichen Versorgung und Patientensicherheit bei. Werden zu Studienzwecken Daten extern gegeben, so sind diese anonymisiert und es sind keine Rückschlüsse auf Sie möglich. Ihre Daten behandeln wir vertraulich und schützen sie gegen unberechtigte Zugriffe.

Ermächtigung

Meine Ärztin / mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzustellen

Medikamente, Ästhetik- oder Pflegeprodukte die Sie von Ihrem Arzt erhalten oder wir für Sie bestellen, können weder umgetauscht noch zurückerstattet werden. Auch bei Nichtabholung Ihrer Bestellung erfolgt in jedem Fall die zahlungspflichtige Verrechnung. Selbstverständlich dürfen Sie die Altmedikamente zur korrekten Entsorgung in unsere Praxis oder in Ihre nächstgelegene Apotheke bringen.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____



Einwilligung Versand von E-Mails

Aufgrund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen im E-Mail-Verkehr ist es der Swiss Med Team AG und Derm Art, grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden. Für das Führen entsprechender Korrespondenz wäre daher stets die klassische Papierform zu wählen. Für den Fall, dass Sie Ihren Bericht dennoch per E-Mail erhalten möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versenden solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn von Ihnen eine unterschriebene Erklärung - eingescannt und per E-Mail zurückgeschickt oder in Papierform - vorliegt. Sie erhalten daher im Folgenden die Möglichkeit, eine solche Erklärung abzugeben.

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten im PDF-, MS Word oder JPG- Format per einfachem E-Mail an die oben genannte E-Mailadresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogenen Daten oder Daten, die dem Arztgeheimnis unterliegen, enthalten können. Die Risiken, die dem Versand solcher E-Mails verbunden sind - insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte - sind mir bewusst, und ich übernehme die volle Verantwortung dafür.

Ich wünsche kein Mailversand von ärztlichen Berichten, bitte ankreuzen:

Ich stimme dem Mailversand jeglicher Art, bezüglich medizinischer Korrespondenz, nicht zu.

Ich wünsche einen Mailversand von ärztlichen Berichten, bitte ankreuzen und mit Ihren Angaben und der Unterschrift bestätigen:

Ich stimme dem Mailversand jeglicher Art, bezüglich medizinischer Korrespondenz, zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gewählte/r Vertreter/in
