

Patientenblatt – Persönliche Angaben

Persönliche Angaben	
Name:	<hr/>
Vorname:	<hr/>
Strasse:	<hr/>
PLZ/Ort:	<hr/>
Geburtsdatum:	<hr/>
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Nationalität:	<hr/>
Telefon / Mobile:	<hr/>
E-Mail:	<hr/>
Beruf:	<hr/>
Arbeitgeber:	<hr/>
Gesetzliche Vertretung	
Name, Vorname:	<hr/>
Adresse:	<hr/>
Telefon / Mobile:	<hr/>
E-Mail:	<hr/>
Notfallkontakt	
Name, Vorname:	<hr/>
Telefon / Mobile:	<hr/>
<input type="checkbox"/> EhepartnerIn <input type="checkbox"/> LebenspartnerIn <input type="checkbox"/> Eltern-/teil	
<input type="checkbox"/> Tochter / Sohn <input type="checkbox"/> andere:	
Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag	
Haben Sie <input type="checkbox"/> eine Patientenverfügung?	
<input type="checkbox"/> einen Vorsorgeauftrag?	

Krankenversicherung	
Krankenversicherung	<hr/>
Ort	<hr/>
Hausarztmodell	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versichertennummer	<hr/>

Rechnungsstellung

Ihre Rechnung schicken wir direkt an die Krankenkasse. Soll die Rechnung anstatt an die Versicherung an Sie gehen, so teilen Sie und dies bitte mit. Die Rechnungskopie wird automatisch per E-Mail an Sie verschickt. 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 Barzahlung obligatorisch.

Qualitätsmanagement / Datenschutz

Wir legen grossen Wert auf eine hohe Betreuungsqualität. Um die medizinische Qualität und Patientensicherheit laufend zu verbessern, lassen wir periodisch und stichprobenmässig Krankengeschichten durch interne und externe Fachpersonen prüfen.

Mit Ihrer Einwilligung zur Weiterverwendung Ihrer Daten tragen Sie zur Förderung 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 gegen unberechtigte Zugriffe.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Website www.schlosspraxis.ch; die Informationen liegen ausserdem im Wartezimmer auf oder können am Empfang bezogen werden.

Ermächtigung

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

Terminabsagen

Bitte sagen Sie Termine bis spätestens 24 Stunden im Voraus ab, andernfalls kann Ihnen der Termin in Rechnung gestellt werden.

Ort / Datum:	Unterschrift:
Ich erkläre hiermit, dass meine Angaben richtig sind, ich die obigen Informationen zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden bin.	<hr/>