**Anmeldeformular für Patienten (bitte in Blockschrift ausfüllen)**

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht: O weiblich O männlich

Nationalität: Zivilstand:

Adresse: PLZ, Wohnort:

Telefon privat: Natel:

E-Mail:

Beruf: Arbeitgeber:

Telefon Geschäft:

Allergie auf Medikamente: O Nein O Ja Wenn JA welche:

Hausarzt/-ärztin:

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin:

Krankenkasse: **Bitte die Krankenkassenkarte am Empfang vorlegen**

Spitalklasse: O 1. Klasse (Privat) O 2.Klasse (Halbprivat) O 3. Klasse (Allgemein)

* Ich erteile hiermit die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versicherungskarte im Online-Verfahren abzufragen und 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. Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass der Arzt /die Ärztin oder eine von ihm/ihr beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann.
  + - * Ich bin damit einverstanden, dass
        + die Arztrechnung direkt an meine Krankenkasse geschickt wird. Der Versand erfolgt elektronisch via das sichere MediData-Netz. Ausnahme: Bei Krankenkassen, die keine direkte Abrechnung wünschen, geht die Arztrechnung an den Patienten.
  + mein (e) Arzt / Ärztin medizinische Akten über mich zur Einsicht anfordert, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zusendet.
  + dass meine E-Mailadresse für die Kommunikation medizinischer Daten mit mir verwendet wird. Ich bin mir der Risiken betreffend Datensicherheit bewusst.

**Ich erkläre mit meiner Unterschrift, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht und die Informationen zur Kenntnis genommen zu haben.**

Ort/Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_