

# Patientenformular

## Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift oder online ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht m w d	Geburtsdatum
Strasse/Nr.	PLZ/Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber
Notfall-Kontaktadresse und -Tel.	
Hausärztin/arzt	
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.

## Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patient\*innen)

Institution	
Vorname	Nachname
Strasse/Nr.	PLZ/Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriff auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. Insbesondere der Datenaustausch mit Spezialärzten und Hausärzten, sowie die vor- und nachbehandelnden Ärzte.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin/ meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.**