

# Patientenanmeldung

Bitte ausgefüllt mitbringen

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Email
Privat ①	Mobile
Beruf	
Arbeitgeber	Geschäft ①
Allergien	
Medikamente	
<b>Zuweisung?</b> Falls ja, Arzt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hausarzt

Behandlungsgrund	Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/>
------------------	--

<b>Krankenkasse</b>	Sektion (Ort)
Mitglied- / Versicherungsnummer KK	
Zusatzversicherung	Sektion (Ort)
Versicherungsnummer Zusatzversicherung	
Spitalversicherung	privat <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> allg. ganze CH <input type="checkbox"/> allg. nur kantonal <input type="checkbox"/>
Gilt der Spitalzusatz bei Ihrer Krankenkasse auch für Unfall?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

<b>Unfallversicherung</b>	
Sektion (Ort)	
Police-/ Schadennummer	Unfalldatum:
Spitalversicherung	privat <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> allg. ganze CH <input type="checkbox"/> allg. nur kantonal <input type="checkbox"/>
Bemerkungen	

Bei Versicherungswechsel während der Behandlung (Unfall/Krankheit) behalten wir uns vor, Ihnen für unsere Umtriebe CHF 150.— sowie für unentschuldigte, versäumte Konsultation CHF 50.— zu verrechnen.

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

## Erklärung

Der behandelnde Arzt ist ermächtigt medizinische Akten die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder in anderen ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen sparen kann. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder/und zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich bin darüber informiert, dass meine Krankengeschichte elektronisch geführt und archiviert wird und erlaube die Weiterleitung meiner Daten zwecks elektronischer Abrechnung.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_