

Anmeldeformular für neue Patient*innen

Personalien Patient*in

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____ ☐ weiblich ☐ männlich

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon mobil _____ Telefon Festnetz _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____ Versicherten-Nr. _____

Personalien eines Elternteils (bei Minderjährigen)

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon mobil _____ Telefon Festnetz _____

E-Mail _____

Ich erkläre mich hiermit mit folgenden allgemeinen Geschäftsbedingungen einverstanden:

Die Patientenakte gehört der/dem Patient*in und wird ihr/ihm auf Wunsch bzw. deren/dessen Sorgeberechtigten jederzeit ausgehändigt. Die Patientenakte wird von der ärztezentrum würenlos ag aufbewahrt und den in ihren Räumlichkeiten behandelnden Ärzt*innen und Angestellten zur Verfügung gestellt, sowie für die Fakturierung und das Inkasso verwendet. Bitte beachten Sie, dass gemäß unseren Datenschutzrichtlinien und im Einklang mit den individuellen Präferenzen der Patienten eine Option besteht, Daten unverschlüsselt per E-Mail an Patienten zu versenden.

Die/der behandelnde Ärzt*in ist ermächtigt, medizinische Akten der/des Patient*in zur Einsicht anzufordern und an weiter behandelnde Ärzt*innen und medizinische Institutionen/Spitäler weiterzuleiten, sofern notwendig. Sollte die/der behandelnde Ärzt*in die Praxis verlassen, bleibt die Patientenakte bei der ärztezentrum würenlos ag und wird weiterbehandelnden Ärzt*innen zur Verfügung gestellt, ausser die/der Patient*in verlangt die Akte oder instruiert die ärztezentrum würenlos ag anderweitig.

Nicht eingehaltene Termine werden mit mindestens CHF 50.00 in Rechnung gestellt, sofern sie nicht mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt wurden. Bei Zahlungsverzug und möglichen Rechtsstreitigkeiten werden die dafür notwendigen Daten den zuständigen Behörden (z.B. Betreibungsämter, Gerichte) und/oder Partnerfirmen (z.B. Versicherungen, Inkassofirmen) zugestellt.

Datum _____ Unterschrift _____