PERSONALIENBLATT

Huusarztpraxis
FRÜEBLI
Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin

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

Patienten Daten

☐ w ☐ m ☐ n

Name: Vorname:

Adresse: PLZ/Wohnort:

Geb-Datum: Zivilstand:

Tel./Mobile: E-Mail:

Arbeitgeber

Beruf: Arbeitgeber:

Bezugsperson / Notfallkontakt bei Erwachsenen

Name: Vorname:

Tel./Mobile:

☐ Partner/in ☐ Mutter/Vater ☐ Schwester/Bruder ☐ Tochter/Sohn ☐ Beistand

Erziehungsberechtigte/r bei Kindern

Name: Vorname:

Tel./Mobile:

Hausarzt/-ärztin bei Notfallpatienten

Name: PLZ/Ort:

Kostenträger / Krankenkasse

Versicherung: Vers.-Nr.:

Karten-Nr.:

Spitalbehandlung bei Krankheit

☐ Allgemeinabteilung ☐ Halbprivat Spitalversicherung ☐ Privat Spitalversicherung

Datenschutz

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss der „Patienteninformation Datensicherheit und Umgang mit Personendaten der Huusarztpraxis Früebli AG“ einverstanden bin.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder dem damit sich befassenden Rechtsanwalt sowie den zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Meine ÄrztInnen sind ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Datum: Unterschrift:

Formular zurücksetzen

Formular drucken