

PATIENTENBLATT

PERSONALIEN

Anrede	Frau	Herr	Geschlecht	weiblich	männlich	divers
Name						
Vorname						
Strasse/Nr.						
PLZ/Ort						
Geburtsdatum	Nationalität					
Zivilstand	Beruf					
Telefon P	Telefon G					
Mobil						
E-Mail						

ALTERNATIVADRESSEN

Gesetzlicher Vertreter						
Gesetzlicher Vertreter Telefonnummer						
Notfallkontakt Vorname Name						
Notfallkontakt Telefonnummer						
Notfallkontakt Verhältnis						

VERSICHERUNGEN

Krankenkasse	Versicherten-Nr.					
Karten-Nr.						
AHV-Nummer						
Zusatzversicherung	Versicherten-Nr.					
Versicherungsart	Allgemein	Halbprivat	Privat			

WEITERE ÄRZTE

Name/Ort Zuweisender Arzt						
Name/Ort Hausarzt						

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG VON PATIENTENDATEN

Patientenerklärung

Ich ermächtige hiermit das Ärztezentrum Rosenthal AG, bei anderen Ärzten und Spitätern/Kliniken, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen beziehungsweise ständen, einzuholen und diesbezüglich Akten anzufordern. Sie beauftragt diese Ärzte und Spitäler/Kliniken, die gewünschten Auskünfte zu erteilen sowie Akten herauszugeben, und entbindet diese hierfür von der Pflicht zur ärztlichen Geheimhaltung.

Ich bin einverstanden, dass die von mir erhaltenen personenbezogenen Daten und insbesondere die Gesundheitsdaten zu dem Zwecken der Behandlung und Abrechnung an nachstehend genannte Einrichtungen weitergeleitet werden.

- Krankenkassen und Versicherungen (Unfallversicherung, Krankentaggeldversicherungen etc.)
- Andere Ärzte und Psychotherapeuten
- Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungstherapeuten usw.
- Spitäler, Röntgeninstitute
- Labor
- Elektronische Patientenakten-Führung (RIZ/Vitodata)

Rechnungsstellung

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren abzufragen und die Behandlungskosten im Tiers payant Verfahren abzurechnen. (Arztrechnung direkt an Ihre Krankenversicherung (Tiers payant)).

Inkasso/Gerichtsstandklausel

Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass das Ärztezentrum Rosenthal AG hinsichtlich meiner Bonität mit den erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen und ein Inkassoverfahren im Zusammenhang mit meinen Rechnungen einleiten darf. Allfällige bestehende oder künftige Rechtsstreitigkeiten aus dem Patientenverhältnis zwischen Patienten und Ärzten des Ärztezentrums Rosenthal AG, sowie den damit zusammenhängenden Verträgen, sind ausschliesslich vor dem Gericht in 8340 Hinwil, Schweiz, auszutragen.

Ich erkläre hiermit, dass die obigen Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt wurden und zur Kenntnis genommen wurden.

Datum	Unterschrift
Sofern die Volljährigkeit oder die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.	