

Personalien

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. P: _____
Mobile: _____
Geburtsdatum: ____ . ____ . ____
Geschlecht: Männl. Weibl.
E-Mail: _____

Versicherung bei Krankheit

Krankenkasse: _____
Vers. Nummer: _____
AHV-Nummer: _____
Versicherungsart: Allg. HP P
HP/P versichert bei: _____
Vers. Nummer: _____
Hausarztmodell: JA NEIN
Beruf: _____

Versicherung bei Unfall

Unfallversicherung: _____ Unfallnummer: _____
Unfalldatum: _____ Versicherungsart: Allg. HP P

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Tel./Mobil: _____ E-Mail: _____

Weitere Informationen:

Zuweisender Arzt: _____ Ort: _____
Hausarzt: _____ Ort: _____

Rechnungsstellung

Ihre Rechnung schicken wir direkt an die Krankenkasse. Falls die Rechnung nicht direkt an die Versicherung gehen soll, so teilen Sie uns dies bitte mit. Die Rechnungskopie wird automatisch per E-Mail an Sie verschickt. Falls Sie keine Rechnungskopie erhalten, müssen Sie diese selbständig beim Rechnungssteller anfordern. Die Übermittlung Ihrer Daten an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung bzw. den damit befassten Rechtsanwalt erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkassos (Einziehen von fälligen Geldforderungen). Die Art der zu übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben. Bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland oder mit ausländischer Krankenkasse ist eine Barbezahlung obligatorisch.

Kommunikation

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.

Ermächtigung

Die Ärzt*innen der Klinik Impuls und des OPZW sind ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse der/dem nachbehandelnden Ärztin/Arzt zuzustellen. Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten. Ich entbinde die Ärzt*innen der Klinik Impuls und des OPZW betreffend dem Inhalt der Krankengeschichte gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass alle Ärzt*innen der Klinik Impuls / OPZW Einsicht in meine Krankengeschichte haben können.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Website (www.klinik-impuls.ch / www.opzw.ch). Die Informationen liegen ausserdem im Wartezimmer auf.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____