

Anmeldung / Einverständniserklärung als Patientin/Patient rappjderm KLG
Vereinfachte Kostenverrechnung
Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen

Name

Vorname

Geburtsdatum

weiblich

männlich

Divers

Strasse

PLZ

Wohnort

Telefon

Telefon **Mobil**

E- Mail

Krankenkasse

Hausarzt

Beruf

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren

Name / Vorname der Eltern

Ich ermächtige die behandelnden ÄrztInnen der Praxisgemeinschaft rappjderm medizinische Akten und Informationen, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, von anderen ÄrztInnen im oder ausserhalb der rappjderm Praxis anzufordern. Weiter gebe ich mein Einverständnis, dass die Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse oder die Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt bekannt gegeben werden dürfen.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende (Ärztelasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Meine Rechnung darf direkt an die Krankenversicherung (System „tiers payant“) gesandt werden. Eine Rechenkopie wird mir von der Ärztelasse per E-Mail zugestellt.

Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, sich 24h zuvor abzumelden anderenfalls werden wir Ihnen CHF 50.00 in Rechnung stellen. Bei Terminen, welche 30 Minuten (z.B. Operationstermin) oder länger dauern, werden Ihnen CHF 150.00 in Rechnung gestellt.

Anwendbares Gesetz: Für die Rechtsbeziehung der Parteien und insbesondere für sämtliche Ansprüche im Zusammenhang der Untersuchungen, Behandlungen und jeglichen weiteren Leistungen ist das schweizerische materielle Recht anwendbar.

Gerichtsstand für sämtliche Streitigkeiten im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung ist ausschliesslich Jona (Schweiz). Der Arzt / die Ärztin ist berechtigt, nach eigener freier Wahl auch die ordentlichen Gerichte am Sitz des Patienten anzurufen.

Ich habe dieses Dokument gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift _____



Vor-, Nachname

Geburtsdatum

Einwilligung Versand von E-Mails

Ihre E-Mailadresse:

Aufgrund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen im E-Mail-Verkehr ist es uns grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden.

Für das Führen entsprechender Korrespondenz wäre daher stets die klassische Papierform zu wählen. Falls Sie Ihren Bericht dennoch per E-Mail erhalten möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versenden solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn von Ihnen eine unterschriebene Erklärung vorliegt.

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. das Zusenden von Daten per einfacher E-Mail an die oben genannte E-Mailadresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten oder Daten, die dem Arztgeheimnis unterliegen, enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst, und ich übernehme die volle Verantwortung dafür.

Ort, Datum

Unterschrift