

Anmeldeformular für Patienten

O Frau O Mann	
Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV Nr:
Gesetzlicher Vertreter oder bei Kindern Name und Vorname der Eltern	
Strasse	PLZ / Wohnort
Tel Privat	Tel Mobile
E-Mail	
Beruf	
Arbeitgeber	Tel Geschäft
Hausarzt/-ärztin	Ort
Krankenkasse	Mitgliednummer
<p>Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf unserer Homepage einverstanden bin.</p> <p>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 meinem Arzt und mir als Patient 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.) erfolgen.</p> <p>Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.</p> <p>Das Ärzteteam Unterwetzikon AG praktiziert das Tiers payant, d.h. die Rechnungsstellung erfolgt direkt an die Krankenkasse. Die erforderlichen Daten werden dazu per Medidata und TrustX versendet.</p>	
Ort/Datum	Unterschrift

Termine, die nicht 24h vorher abgesagt werden, müssen zu Ihren Lasten verrechnet werden.