

Anmeldeformular für Patienten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht:
Strasse	PLZ / Wohnort
Tel Privat	Tel Mobile
E-Mail	Nationalität/Heimatort:
Gesetzlicher Vertreter oder bei Kindern Name und Vorname der Eltern	
Hausarzt/-ärztin	Zuweiser/-in:
Arbeitgeber	Beruf
Krankenkasse	AHV-Nr.:
Veka-Nr.	Mitgliednummer
<p>Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die oben aufgeführten Institutionen berechtigt sind, Informationen und Unterlagen über medizinische Befunde (Diagnosen, Berichte, Krankengeschichte) und medizinische Auskünfte zu meiner Person einzuholen und Angaben an Drittpersonen (Krankenkasse, Hausarzt, weitere behandelnde Ärzte) weiterzugeben.</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 / die GZO Partner AG praktizieren 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, werden zu Ihren Lasten verrechnet.