



Persönliche Angaben

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Nationalität: _____

Telefon / Mobile: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt/Ort: _____

Krankenversicherung

Name der Versicherung: _____

Ort: _____

Terminabsagen

Bitte sagen Sie Termine bis spätestens 24 Stunden im Voraus ab, andernfalls kann Ihnen der Termin in Rechnung gestellt werden.

Rechnungsstellung

Ihre Rechnung schicken wir direkt an die Krankenkasse. Soll die Rechnung anstatt an die Versicherung an Sie gehen, so teilen Sie uns dies bitte mit. Die Rechnungskopie wird automatisch per E-Mail an Sie verschickt. Meiner Ärztin / meinem Arzt ist es erlaubt, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland oder mit ausländischer Krankenkasse ist eine Barbezahlung obligatorisch.

Qualitätsmanagement

Wir legen grossen Wert auf eine hohe Betreuungsqualität. Mit Ihrer Einwilligung zur Weiterverwendung Ihrer Daten tragen Sie zur Förderung einer

Ort / Datum: _____

Ich erkläre hiermit, dass meine Angaben richtig sind, ich die obigen Informationen zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin.

Gesetzliche Vertretung

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon / Mobile: _____

E-Mail: _____

Notfallkontakt

Name, Vorname: _____

Telefon / Mobile: _____

EhepartnerIn LebenspartnerIn Eltern-/teil

Tochter / Sohn andere:

Haben Sie eine/n

Patientenverfügung? Vorsorgeauftrag?

Hausarztmodell Ja Nein

Versichertennummer: _____

bestmöglichen Versorgung und Patientensicherheit bei. Werden zu Studienzwecken Daten extern gegeben, so sind diese anonymisiert und es sind keine Rückschlüsse auf Sie möglich. Ihre Daten behandeln wir vertraulich und schützen gegen unberechtigte Zugriffe.

Austausch von Personalien / medizinischen Daten

Meine Ärztin / mein Arzt ist ermächtigt medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse der/die nachbehandelnde Ärztin/Arzt zuzustellen. Personalien sowie medizinische Akten an externe Partner zu übermitteln, dies zur Durchführung von weiteren verordneten Untersuchungen.

Datenschutz

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Website www.medis-zuerich.ch Die Informationen liegen ausserdem im Wartezimmer auf oder können am Empfang bezogen werden.

Unterschrift: _____



Patienten Anamnesebogen

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Wenn ja, welche Medikamente?	Dosierung?			
	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?

Allergie / Medikamenten Unverträglichkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?
--

Weitere Fragen

Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? Seit welchem Jahr? Rauchstopp, wann erfolgt? Wie viele Jahre wurden geraucht?
Konsumieren Sie regelmässig Alkohol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wie viel pro Tag?