

Patientenformular (bitte gut lesbar ausfüllen)

Name/n	Vorname
Geb.datum	Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d Nationalität
Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort
Adresszusatz	
Tel.Nr. privat	Weitere Tel.Nr.
E-Mail	
Ich wünsche ☐ E-Mail unverschlüsselt ☐ E-Mail verschlüsselt mit SMS-Code ☐ Briefpost	
Zuweisung durch	Hausarzt/-ärztin
Krankenkasse	Unfallversicherung
☐ Freie Arztwahl ☐ HMO-Modell ☐ Hausarztmodell ☐ Telefon-Modell	
☐ gesetzliche Vertretung (Name, Vorname, Adresse, Tel., E-Mail)	
☐ andere Rechnungsadresse (Institution, Name, Vorname, Adresse, Tel., E-Mail)	
☐ Notfall-Kontakt (Institution, Name, Vorname, Tel., E-Mail)	

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung und dem Zugriff auf meine Daten durch Arzt und Praxispersonal sowie mit der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation einverstanden bin.

Ich habe die Patienteninformation erhalten, gelesen und bin mir möglicher Risiken des Austausches von besonders schützenswerten Personendaten sowie meiner Rechte bewusst.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen dem Arzt, dem Praxispersonal und mir als Patient:in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.

Ich informiere die Arztpraxis über Terminänderungen mind. 24 Std. vorher. Nicht wahrgenommene Termine können in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------