



Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Name/Vorname gesetzl. Vertreter	
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel. privat	E-Mail
Tel. mobil	Arbeitgeber
Hausärztin/arzt	Zuweiser
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.
Unfallversicherung	Versicherten-Nr.

Ich wünsche die Abrechnung:	<input type="checkbox"/> Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant) <input type="checkbox"/> Arztrechnung an mich (Tiers Garant)
Ich wünsche die Rechnungskopie:	<input type="checkbox"/> per Mail (Standard) <input type="checkbox"/> per Post

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten einverstanden bin.

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 meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege (HIN-Mail) weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen können.

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

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.