

Name	Vorname	
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	
Name, Vorname eines Elternteils (bei Kindern)	Name angehöriger Person(en) im Notfall: Tel. Nr.:	
Geburtsdatum	Zivilstand	Nationalität
Telefon Privat	Natel	
Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	E-Mail	
Telefon Geschäft	Beruf Arbeitgeber	
Krankenkasse und Agentur (Bitte geben Sie am Empfang Ihre Krankenkassenkarte ab)	Versicherungsnummer	
Mitglied im mediX-Hausarztmodell Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hausarzt	
Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten, im Zusammenhang mit meiner medizinischen Behandlung, über mich zur Einsicht anzufordern.		

Qualitätssicherung in unserer Praxis – zu Ihrer Sicherheit

Alle Personen, die Einsicht in Ihre Akten haben, sind an die strenge Geheimhaltungspflicht gebunden. Es liegt uns sehr daran, unsere Patientenbetreuung laufend zu verbessern. Dazu ist es wichtig, dass wir Ärzte schwierige Probleme untereinander besprechen, dass wir von einer externen Stelle kontrolliert werden und dass wir Forschung durchführen können.

- Unsere Praxis gehört zu mediX zürich. Dort besprechen die Ärztinnen und Ärzte regelmässig medizinisch schwierige Fälle miteinander.
Ich bin einverstanden, dass meine Krankengeschichte anonym für Besprechungen mit anderen Ärzten verwendet werden darf.

Ja Nein

- Unsere Krankengeschichten werden stichprobenmässig von Spezialisten überprüft, ob sie korrekt geführt werden. Ich bin einverstanden, dass für Qualitätskontrollen ein Spezialist meine Krankengeschichte einsehen darf.

Ja Nein

- Wir werten zum Teil die Daten aus den Krankengeschichten in Forschungsprojekten aus. Ich bin einverstanden, dass gewisse Daten aus meiner Krankengeschichte für Forschungszwecke ausgewertet werden dürfen.
Mein Name bleibt dabei geheim.

Ja Nein

Wichtiges zu den Rechnungen

Die Abrechnung erfolgt wenn möglich direkt über Ihre Krankenkasse. Im Falle einer Fremdvergabe der Abrechnung bzw. Inkasso erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass wir Ihre Rechnungsdaten an Externe weiterleiten.

Datum _____

Unterschrift _____