

# Patientenblatt – Persönliche Angaben **Ärztegemeinschaft Suhr**

## Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  
 divers

Nationalität: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## Gesetzliche Vertretung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Notfallkontakt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobile: \_\_\_\_\_

EhepartnerIn  LebenspartnerIn  Eltern-/teil

Tochter / Sohn  andere:

## Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag

Haben Sie  eine Patientenverfügung?

einen Vorsorgeauftrag?

## Krankenversicherung

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Hausarztmodell  ja  nein

Versichertennummer \_\_\_\_\_

## Rechnungsstellung

Ihre Rechnung schicken wir direkt an die Krankenkasse. Soll die Rechnung anstatt an die Versicherung an Sie gehen, so teilen Sie und 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 / Datenschutz

Wir legen grossen Wert auf eine hohe Betreuungsqualität. Um die medizinische Qualität und Patientensicherheit laufend zu verbessern, lassen wir periodisch und stichprobenmässig anonymisierte Krankengeschichten durch interne und externe Fachpersonen prüfen.

Mit Ihrer Einwilligung zur Weiterverwendung Ihrer Daten tragen Sie zur Förderung einer 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.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Website [www.arzt-suhr.ch](http://www.arzt-suhr.ch); die Informationen liegen ausserdem im Wartezimmer auf oder können am Empfang bezogen werden.

## Ermächtigung

Meine Ärztin / mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse der/dem nachbehandelnden Ärztin/Arzt zuzustellen.

## Terminabsagen

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

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_