



Kontakt Daten PatientIn

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
Email-Adresse: _____

Bei minderjährigen Patienten/Innen: Kontaktdaten der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
Email-Adresse: _____

Krankengeschichte PatientIn und Familie

Persönliche Krankengeschichte PatientIn:

Wie war Ihre Entwicklung als Kleinkind (erste Zähne, Schritte, Sprechen)? Hatten Sie besondere Reaktionen auf Impfungen?

Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle hatten Sie bisher in Ihrem Leben (mit Jahresangabe)?

Ergänzungen Datenschutz

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Leistungserbringer ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Überdies bin ich damit einverstanden, dass der/die Behandelnde meine Krankenakte auch in elektronischer Form führen darf oder führen lassen kann. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnung direkt an die Krankenkasse).

Zahlungsverzug: Komme ich meiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichte ich auf einen begründeten Einwand, so gerate ich mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen. Ich trage die Kosten des Zahlungsverzugs. Details zu den Gebühren bei Zahlungsverzug finden sich unter folgendem Link:
www.aerztekasse.ch/de/patienteninfo/faq/faq.html
