



# PATIENTENBLATT

## PERSONALIEN

<b>Anrede</b>	Frau   Herr	<b>Geschlecht</b>	weiblich   männlich   divers
<hr/>			
<b>Name</b>			
<hr/>			
<b>Vorname</b>			
<hr/>			
<b>Strasse/Nr.</b>			
<hr/>			
<b>PLZ/Ort</b>			
<hr/>			
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Nationalität</b>		
<hr/>			
<b>Zivilstand</b>	<b>Beruf</b>		
<hr/>			
<b>Telefon P</b>	<b>Telefon G</b>		
<hr/>			
<b>Mobil</b>			
<hr/>			
<b>E-Mail</b>			
<hr/>			

## ALTERNATIVADRESSEN

<b>Gesetzlicher Vertreter</b>	
<hr/>	
<b>Gesetzlicher Vertreter Telefonnummer</b>	
<hr/>	
<b>Notfallkontakt Vorname Name</b>	
<hr/>	
<b>Notfallkontakt Telefonnummer</b>	
<hr/>	
<b>Notfallkontakt Verhältnis</b>	
<hr/>	

## VERSICHERUNGEN

<b>Krankenkasse</b>	<b>Versicherten-Nr.</b>
<hr/>	
<b>Karten-Nr.</b>	
<hr/>	
<b>AHV-Nummer</b>	
<hr/>	
<b>Zusatzversicherung</b>	<b>Versicherten-Nr.</b>
<hr/>	
<b>Versicherungsart</b>	Allgemein   Halbprivat   Privat
<hr/>	

## WEITERE ÄRZTE

<b>Name/Ort Zuweisender Arzt</b>	
<hr/>	
<b>Name/Ort Hausarzt</b>	
<hr/>	



## EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG VON PATIENTENDATEN

### Patientenerklärung

Ich ermächtige hiermit das Ärztezentrum Rosenthal AG, bei anderen Ärzten und Spitälern/Kliniken medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen (bzw. standen), einzuholen und beauftrage diese Ärzte und Spitäler/Kliniken, die gewünschten Auskünfte zu erteilen sowie die Akten, unter Entbindung der Pflicht zur ärztlichen Geheimhaltung, herauszugeben.

Ich bin einverstanden, dass die von mir erhaltenen, personenbezogenen Daten (insbesondere die Gesundheitsdaten) zu den Behandlungs- und Abrechnungszwecken an nachstehend genannte Einrichtungen weitergeleitet werden:

- Krankenkassen und Versicherungen (Unfallversicherung, Krankentaggeldversicherungen etc.)
- Andere Ärzte und Psychotherapeuten
- Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungstherapeuten usw.
- Spitäler, Röntgeninstitute
- Labors
- Elektronische Patientenakten-Führung (RIZ/Vitodata)

### Belegärzte im Ärztezentrum Rosenthal AG

Als Patient\*in der Gynäkologie / Geburtshilfe bzw. der Dermatologie habe ich Kenntnis, dass ich von Ärzten der folgenden Belegarztinstitutionen behandelt werde:



Diese sind somit Rechnungssteller. Zur Nutzung des Vorteils der Multidisziplinarität im Ärztezentrum Rosenthal AG, bin ich mit dem Austausch meiner medizinischen Daten zwischen allen hier arbeitenden Fachärzten einverstanden.

### Rechnungsstellung

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren abzufragen und die Behandlungskosten im Tiers payant Verfahren abzurechnen. Arztrechnung direkt an Ihre Krankenversicherung (Tiers payant).

### Inkasso/Gerichtsstandklausel

Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass das Ärztezentrum Rosenthal AG hinsichtlich meiner Bonität mit den erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen und ein Inkassoverfahren im Zusammenhang mit meinen Rechnungen einleiten darf. Allfällige bestehende oder künftige Rechtsstreitigkeiten aus dem Patientenverhältnis zwischen Patienten und Ärzten des Ärztezentrums Rosenthal AG, sowie den damit zusammenhängenden Verträgen, sind ausschliesslich vor dem Gericht in 8340 Hinwil, Schweiz, auszutragen.

Ich erkläre hiermit, dass die obigen Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt wurden und zur Kenntnis genommen wurden.

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

Datum

Unterschrift

Sofern die Volljährigkeit oder die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift des gesetzlichen Vertreters, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.