

**Anmeldeformular und Ermächtigung zur Einholung medizinischer Auskünfte und Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Strasse:** \_\_\_\_\_ **PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Mobile:** \_\_\_\_\_

**Telefon privat:** \_\_\_\_\_ **Telefon Geschäft:** \_\_\_\_\_

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

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

**Allergien:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Zuweiser:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse/Grundversicherung:** \_\_\_\_\_

allgemein     halbprivat     privat     Flex-Modell    Unfall:  ja     nein

**Mitgliednummer:** \_\_\_\_\_

**Zusatzversicherung:** \_\_\_\_\_

halbprivat     privat

**Unfallversicherung:** \_\_\_\_\_ **Sektion** \_\_\_\_\_

allgemein     halbprivat     privat

**Unfalldatum:** \_\_\_\_\_ **Schadennummer** \_\_\_\_\_

Die oben genannte Person steht in meiner ärztlichen Behandlung und ermächtigt mich hiermit bei anderen Ärzten und Spitälern, bei denen er/sie heute oder früher in Behandlung ist oder war, medizinische Auskünfte über seine/ihre Person einzuholen und diesbezüglich Akten anzufordern. Er/sie beauftragt diese Ärzte und Spitäler die gewünschten Auskünfte zu erteilen sowie Akten herauszugeben und entbindet diese hierfür von der Pflicht zur ärztlichen Geheimhaltung.

Ich bin darüber informiert, dass meine Krankengeschichte elektronisch geführt und archiviert wird.

Wir stellen die Rechnung unseren Patienten zu mit der Bitte um direkte Bezahlung!!

Für unentschuldigte, versäumte Konsultationen werden Ihnen CHF 50.—verrechnet.

**Ort/Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_