

# PATIENTENSTAMMBLATT



Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Zivilstand		Nationalität	
Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern) oder des gesetzlichen Vertreters			
Strasse, Postleitzahl, Ort			
Telefon privat		Telefon mobil	
E-Mail  Mit der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihnen vertrauliche Daten (Termine, Rechnungen, Arztberichte usw.) elektronisch zusenden.			
Beruf	Arbeitgeber	Telefon Firma	
Zuweisender Arzt		Hausarzt	
Krankenkasse		Mitglied-Nr.	
Kostenträger/Garant ambulante Behandlung		<input type="checkbox"/> Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung
Kostenträger/Garant Spitalbehandlung		<input type="checkbox"/> Allgemein- abteilung	<input type="checkbox"/> Halbprivat Spitalversicherung
		<input type="checkbox"/> Private Spitalversicherung	<input type="checkbox"/> Selbstzahler/in
<b>Ich bin damit einverstanden, dass meine Rechnung direkt an die Krankenkasse geschickt wird.</b> Sie erhalten automatisch eine Rechnungskopie zu Ihrer Kontrolle. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<b>Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankengeschichte zur zusätzlichen visuellen Kontrolle mit meiner Fotografie ergänzt wird.</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
<b>Information zur Datenweitergabe</b> Ohne Ihren Gegenbericht werden Ihre Daten wie folgt weitergegeben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mein Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Informationen, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, einzuholen.</li> <li>• Mein Arzt/Ärztin gibt medizinische Informationen aus dem aktuellen Behandlungsauftrag an involvierte Heilpersonen, zum Beispiel Hausärzte, Spezialärzte, Physiotherapeuten, welche zuweisen, mitbehandeln, nachbehandeln oder an der Therapie beteiligt sind, weiter.</li> <li>• Zu den medizinischen Informationen gehören insbesondere Arzt-, Operations- und Untersuchungsberichte, Untersuchungsergebnisse, digitalisierte Röntgen-, CT- und MR-Aufnahmen sowie weitere medizinische Dokumente.</li> <li>• Hiermit erteile ich die Erlaubnis, dass im Falle eines Zahlungsverzugs die für das Inkasso-, Betreibungs- und Gerichtsverfahren erforderlichen Angaben an die Inkassostelle, das Betreibungsamt und die Gerichte weitergegeben werden.</li> <li>• Die Gemeinschaftspraxis PuB Mühleberg AG verwendet die medizinische Daten in anonymisierter Form für Verlaufs- und interne Qualitätskontrollen.</li> </ul>			
Datum		Unterschrift	