

PATIENT:INNENSTAMMBLATT

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> anderes <input type="checkbox"/>
Zivilstand	Nationalität
Name und Vorname Erziehungsberechtigte (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, vertrauliche Daten (Termine, Rechnungskopien, Arztberichte usw.) elektronisch verschlüsselt zu empfangen.
Beruf	Arbeitgeber / Telefonnummer
Zuweisender Arzt/Ärztin	Hausarzt/Hausärztin
Krankenkasse	Mitglied-Nr.
Kostenträger/Garant (ambulante Behandlung)	Krankenkasse <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Selbstzahler/in <input type="checkbox"/>
Kostenträger/Garant (Spitalbehandlung)	Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler/in <input type="checkbox"/>

Ich bin damit einverstanden, dass meine Rechnung direkt an die Krankenkasse geschickt wird:

(Sie erhalten eine Rechnungskopie per verschlüsselte Email oder per Post)

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankengeschichte zur zusätzlichen visuellen Kontrolle mit meiner Fotografie ergänzt wird. (Zu gegebenem Zeitpunkt erfolgt eine erneute Information.)

Ja Nein

Information zur Datenweitergabe

Ohne Ihren Gegenbericht werden Ihre Daten wie folgt weitergegeben:

- Mein Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Informationen, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, einzuholen.
- 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.
- Zu den medizinischen Informationen gehören insbesondere Arzt-, Operations- und Untersuchungsberichte, Untersuchungsergebnisse, digitalisierte Röntgen-, CT- und MR-Aufnahmen sowie weitere medizinische Dokumente.
- 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.
- Die Gemeinschaftspraxis PuB Mühleberg AG verwendet die medizinische Daten in anonymisierter Form für Verlaufs- und interne Qualitätskontrollen.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------