

## Patientenblatt – Persönliche Angaben

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: Thunstrasse 14 \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: 3110 Münsingen \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: W \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobile: / \_\_\_\_\_

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

### Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag

- Haben Sie  eine Patientenverfügung?  
 einen Vorsorgeauftrag?

### Rechnungsstellung

Ihre Rechnung schicken wir direkt an die Krankenkasse. Soll die Rechnung anstatt an die Versicherung an Sie gehen, so teilen Sie uns dies bitte mit. Die Rechnungskopie wird automatisch per E-Mail an Sie verschickt. Meiner Ärztin / meinem Arzt ist es erlaubt, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland oder mit ausländischer Krankenkasse ist eine Barbezahlung obligatorisch.

- Ich bin einverstanden, bitte senden Sie mir meine Rechnungskopie auf obgenannte persönliche Emailadresse zu.

Mail: \_\_\_\_\_

- Ich habe keine Emailadresse oder möchte aus anderen Gründen eine Rechnungskopie per Papierversand erhalten.
- Ich verzichte auf den Erhalt einer Orientierungskopie.

**Ort / Datum:** \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, dass meine Angaben richtig sind, ich die obigen Informationen zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden bin.

### Gesetzliche Vertretung (unter 16jährig; Vormundschaft)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobile: \_\_\_\_\_

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

### Notfallkontakt (freiwillig)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobile: \_\_\_\_\_

- EhepartnerIn  LebenspartnerIn  Eltern-/teil  
 Tochter / Sohn  andere:

### Qualitätsmanagement / Datenschutz

Wir legen grossen Wert auf eine hohe Betreuungsqualität. Um die medizinische Qualität und Patientensicherheit laufend zu verbessern, lassen wir periodisch und stichprobenmässig Krankengeschichten durch interne und externe Fachpersonen prüfen. Mit Ihrer Einwilligung zur Weiterverwendung Ihrer Daten tragen Sie zur Förderung einer bestmöglichen Versorgung und Patientensicherheit bei. Werden zu Studienzwecken Daten extern gegeben, so sind diese anonymisiert und es sind keine Rückschlüsse auf Sie möglich. Ihre Daten behandeln wir vertraulich und schützen gegen unberechtigte Zugriffe.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Website (<https://www.praxis-1.ch>); die Informationen liegen ausserdem im Wartezimmer auf oder können am Empfang bezogen werden.

### Ermächtigung

Meine Ärztin / mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse der/dem nachbehandelnden Ärztin/Arzt zuzustellen.

### Terminabsagen

Bitte sagen Sie Termine bis spätestens 24 Stunden im Voraus ab, andernfalls kann Ihnen der Termin in Rechnung gestellt werden.

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_