



## Patientenblatt – Persönliche Angaben

### Persönliche Angaben

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

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

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Geschlecht:  weiblich  männlich  
 divers

Nationalität: \_\_\_\_\_

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

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Vertretung

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

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

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

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

### Notfallkontakt

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

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

EhepartnerIn  LebenspartnerIn  Eltern-/teil

Tochter / Sohn  andere:

### Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag

Haben Sie  eine Patientenverfügung?

einen Vorsorgeauftrag?

### Krankenversicherung

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Hausarztmodell  ja  nein

#### Rechnungsstellung

Ihre Rechnung schicken wir direkt an die Krankenkasse. Soll die Rechnung anstatt an die Versicherung an Sie gehen, so teilen Sie und 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.

#### Qualitätsmanagement / Datenschutz

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 sie gegen unberechtigte Zugriffe.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Website ([www.bachtelpraxis.ch](http://www.bachtelpraxis.ch)). Die Informationen liegen ausserdem im Wartezimmer auf.

#### Kommunikation

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Bachtelpraxis grundsätzlich nur über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass der medizinische Informationsaustausch auch mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc) erfolgen kann, wenn keine gesicherte E-Mail-Adresse vorhanden ist.

#### Ermächtigung

Die Ärzt\*innen der Bachtelpraxis sind ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse der/dem nachbehandelnden Ärztin/Arzt zuzustellen.

Ich entbinde die Ärzt\*innen der Bachtelpraxis betreffend den Inhalt der Krankengeschichte gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass alle Ärzt\*innen der Bachtelpraxis Einsicht in meine Krankengeschichte haben können.

#### Terminabsagen

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

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

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