

Anmeldeformular für Patienten/Innen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: Telefon P:

Adresse: Telefon G:

..... Mobil-Nummer:

PLZ/Ort: Email-Adresse:

Beruf:

Arbeitgeber:

Zivilstand:

Ledigname: Soll im Notfall reanimiert werden? Ja Nein

Nationalität: Patientenverfügung vorhanden

Grösse (cm) HIV-postiv

Gewicht (kg) Hepatitis

Sonstiges Raucher

Für Anmeldungen

T: +41 61 566 00 00

F: +41 61 566 00 10

solechirurgie@hin.ch

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Hausarzt Empfehlung im Bekanntenkreis Social Zeitung Andere

Hausarzt (Name, Vorname Ort): Zuweisender Arzt (Name, Vorname, Ort):

.....

.....

Allergien und/oder Unverträglichkeiten: Ja Nein

Wenn ja, welche:

Krankheiten: Ja Nein

Wenn ja, welche:

Blutverdünner: Ja Nein

Wenn ja, welche:

Medikamente: Ja Nein

Wenn ja, welche:

Welche Person soll im Notfall oder bei durchgeführter Operation kontaktiert werden:

Name: Telefonnummer:



LASER&MORE
MEDICAL AND AESTHETIC TREATMENT

VENEN ≈ ZENTRUM

WUNDETELEFON

SOLE
WUNDAMBULATORIUM

Name der Krankenversicherung:

Kartennummer*:

Versicherungsklasse: Allgemein Halbprivat Privat

Name der Zusatzversicherung:

Kartennummer*: Versichertennummer*:

Bei fehlender persönlicher Mailadresse und/oder Handynummer, wer darf die Rechnungskopie elektronisch in Vertretung erhalten:

.....
Name, Vorname Mailadresse

.....
Handynummer

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Patientenakten an die Chirurgie Nordwestschweiz AG übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungen direkt der Krankenversicherung zugestellt werden und dass Sie als Patient eine Rechnungskopie in elektronischer Form erhalten. * Bei nicht schweizerischen Krankenversicherungen erfolgt die Abrechnung sofort mit Kartenzahlung.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versicherungskarte Online-Verfahren abzufragen und 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. Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass der Arzt oder eine von ihm beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann. Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufragen, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden.

Die Patientin/der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch via das MediData-Netz verschiekt.

.....
Ort/Datum: Unterschrift des Patient/In:

CHIRURGIE
NORDWESTSCHWEIZ AG
Kaiserstrasse 1
CH-4310 Rheinfelden

Für Anmeldungen

T: +41 61 566 00 00

F: +41 61 566 00 10

solechirurgie@hin.ch

SOLE 
CHIRURGIE


LASER & MORE
MEDICAL AND AESTHETIC TREATMENT

VENEN  **ZENTRUM**

WUNDTELEFON 

SOLE 
WUNDAMBULATORIUM