

**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**

Hausarztmodell

☐ ja / ☐ nein

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Versichertennummer / VEKA Nummer (80756...)

**Rechnungsstellung**

Ihre Rechnung schicken wir via die mediserv AG 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. Bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland oder mit ausländischer Krankenkasse ist eine Barbezahlung obligatorisch.

**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 oder pseudonymisiert und es sind keine Rückschlüsse auf Sie möglich.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Website ([www.sissamed.ch](http://www.sissamed.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.

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

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