

Anmeldeformular

Persönliche Angaben

Name, Vorname	Ledigname
Geburtsdatum	Zivilstand
Name und Vorname des gesetzl. Vertreters <i>(plus Adresse, und Telefonnummer falls nicht identisch mit ihrer)</i>	
Adresse	Tel. Festnetz
PLZ Wohnort	Tel. Mobile
Nationalität	Tel. Geschäft
Beruf, Arbeitgeber	E-Mail
Zuweisender Arzt/Ärztin	Notfallkontakt
Hausarzt	Krankenkasse
Rechnungsstellung	
<p>Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.</p> <p>Die Rechnung wird per Post an Sie oder ihren gesetzlichen Vertreter zugestellt. Der beiliegende Rückforderungsbeleg muss umgehend kontrolliert werden. Bei Fragen oder Beanstandungen kontaktieren Sie uns bitte umgehend. Die Rechnung muss innerhalb der 30-tägigen Zahlungsfrist von Ihnen beglichen werden. Den Rückforderungsbeleg können Sie an die Krankenkasse weiterleiten.</p>	
Datenschutz	
<p>Bitte beachten Sie die beiliegende Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten!</p> <p>Durch das unterzeichnen dieses Formulars erteilen ich die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten und medizinische Informationen, sowohl an die zuständige Krankenkasse, die zuständigen Versicherungen, als auch an die, mit einem allfälligen Inkasso beauftragten, Institutionen und zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.</p> <p>Die Patienteninformation habe ich erhalten. Die Frauenarztpraxis Femina AG ist hiermit ermächtigt, medizinische Akten über mich einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten.</p> <p>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Frauenarztpraxis Femina AG meine Krankenakte in elektronischer Form führen darf oder führen lassen kann. Es ist mir bewusst, dass die Arztpraxis über eine geschützte Emailadresse kommuniziert. Ich als Patientin aber zumeist keine geschützte Emailadresse besitze und deshalb administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und geben mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen der Ärztin, ihrem Team und mir.</p>	
Zahlungsverzug	
<p>Komme ich meiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach, bzw. verzichte ich auf einen begründeten Einwand, so gerate ich mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnungen in Verzug. Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beziehen. Ich die trage die Kosten des Zahlungsverzugs.</p> <p>Ausserdem bin ich darüber informiert, dass ich Termine mind. 24 h im Voraus absagen muss, ansonsten wird mir eine Rechnung im Wert von CHF 50.- zugestellt.</p>	

Datum:

Unterschrift: