

# Anmeldeformular

Medifuturus Gemeinschaftspraxis Klosterzelg

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht

☐

m

☐

w

☐

d

Strasse

PLZ\_Ort

Telefon

Email

Beruf

Arbeitgeber

Notfallkontakt

Notfall\_Tel

Ehemaliger Hausarzt

Hausarzt

Krankenkasse

Versichertennr

## Gesetzliche Vertretung

---

Name

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

## Einwilligungserklärung / Datenschutz

---

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Senden Sie das Formular an  
[info@medifuturus.ch](mailto:info@medifuturus.ch)