



Patientenformular

Persönliche Angaben (Bitte in Grossbuchstaben ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht ☐ m ☐ w	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Festnetztel.	E-Mail
Mobil	AHV-Nummer
HMO/Hausarztmodell ☐ Ja ☐ nein	
Ehemalige/r Hausärztin/arzt	
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.
GESETZLICHE VERTRETUNG	
Mutter (Name, Tel)	Vater (Name, Tel)
Beistand (Name, Tel)	Sonstiges (Name, Tel)

Ich bin einverstanden, dass

- im Einzelfall, abhängig von meiner Behandlung und soweit geeignet und erforderlich, eine Übermittlung von Daten an weitere Empfänger (z. B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte) erfolgt.
- die Praxis mit mir betreffend Erkrankungen/Symptome, Diagnose, Prozedere, Arztbriefe, Versicherungsbriefe, Befunde der Bildgebung, Laborbefunde, Kopien von Arztrechnungen und andere gleichwertige Daten elektronisch über einen gesicherten (verschlüsselten) Kommunikationsweg kommuniziert.
- meine medizinischen Daten in anonymisierter Form zwecks Qualitätssicherung und zu Forschungszwecken verwendet werden.
- Ich habe Kenntnis genommen vom Patienteninformationsblatt und von der Datenschutzerklärung.

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------