

Anmeldeformular für Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Arbeitgeber und Tel.-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

IV-Nummer/ Unfall-Schadenummer: _____

Hausarzt/-ärztin: _____

Mit meiner Unterschrift erteile ich dem/der Arzt/Ärztin die Erlaubnis:

- medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt/Ärztin zuzusenden
- meine Rechnungen über Augenklinik Zürich West AG elektronisch via das MediData-Netz an den Versicherer und – bei entsprechender Einwilligung – elektronisch an mich (bzw. meine gesetzliche Vertretung) zu übermitteln
- die für die Versicherungsdeckung, Kostengutsprachen sowie Rechnungsstellung erforderlichen Daten beim Krankenversicherer abzufragen
- die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die MediData AG bzw. an deren Inkassopartnerin und bei Notwendigkeit an den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen (insb. Betreibungsämter, Gerichte) weiterzuleiten
- unter Verwendung der erforderlichen Daten Abfragen hinsichtlich meiner Bonität vorzunehmen oder durch von ihm/ihr beauftragte Personen vornehmen zu lassen

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 gesicherter Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen, Rezepte sowie Befunds Anforderungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Ich (bzw. meine gesetzliche Vertretung) erkläre mit der Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben.

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