

Anmeldung/Einverständniserklärung

Name: _____ Vorname: _____ M / W _____

Geburtsdatum: _____ Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____ Tel. Privat: _____

Tel. Mobile: _____ Tel. Geschäft: _____

E-Mail: _____ Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ Zuweisender Arzt: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name und Vorname der Eltern (bei Kindern): _____

Bisherige Hauterkrankungen/Hauttumore? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Regelmässige Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Innere Krankheiten (Zucker, Blutdruck, Lunge ect.)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien (Heuschnupfen, Medikamente, Tiere ect.)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? (Homepage, Instagram, Freunde, ect.) _____

Ich ermächtige die behandelnden ÄrztInnen der Praxis Dermatologie Bad Ragaz medizinische Akten und Informationen, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, von anderen ÄrztInnen anzufordern. Weiter gebe ich mein Einverständnis, dass die Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse oder die Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt bekannt gegeben werden dürfen. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an Medidata (Abrechnungportal) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Meine Rechnung darf direkt an die Krankenversicherung (System „tiers payant“) gesandt werden.

In Verhinderungsfall bitten wir Sie, sich 24h zuvor abzumelden, anderenfalls werden wir Ihnen CHF 50.00 in Rechnung stellen. Bei Terminen, welche 30 Minuten (z.B. Operationstermin) oder länger dauern, werden Ihnen CHF 100.00 in Rechnung gestellt.

Ich habe dieses Dokument gelesen und bin damit einverstanden.

Datum : _____ Unterschrift: _____