

## Anmeldung/Einverständniserklärung

Name:	Vorname:	M / W / D
Geburtsdatum:	Strasse:	
PLZ/Wohnort:	Tel. Privat:	
Tel. Mobile:	<b>E-Mail:</b>	
Hausarzt:	Zuweisender Arzt:	
Krankenkasse:	Beruf:	
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?		

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 aufliegender Patienteninformation** 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
------------	--------------

---

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