

Personalienblatt und Tiers payant Information (bitte alle gelben Felder ausfüllen)

Name			
Vorname			
Strasse			
Postleitzahl Wohnort		Land	
Geburtsdatum		Geschlecht	
Telefon Privat		Zivilstand	
Telefon Mobile			
E-Mail			
Name und Telefon-Nr. Notfallkontakt	Name Notfallkontakt	Telefonnummer Notfallkontakt	
Bei Kindern: Name Eltern/gesetzlicher Vertreter			
Beruf			
Telefon Geschäft			
Arbeitgeber			
Hausarzt/Ort	Hausarzt Name	Ort des Hausarztes	
Ferienadresse			

Folgende Angaben zur Krankenkasse sind nur von Patienten mit Wohnsitz in der Schweiz auszufüllen

Krankenkasse			
Karten-Nummer: 8075.....		Ablaufdatum der Karte::	
Wie sind Sie versichert?	Hausarztmodell: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unbekannt		
Ich wünsche und erkläre mich einverstanden die	<input checked="" type="checkbox"/> Arztrechnung direkt an meine Krankenversicherung <input checked="" type="checkbox"/> Rechnungskopie per E-Mail zu erhalten Die Rechnung mit den Nichtpflichtleistungen wird weiterhin direkt vom Arzt an mich gesandt.		

Einwilligungserklärung / Patientenformular:

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 einverstanden bin. Die Patienteninformation finde ich mittels nachfolgenden QR-Codes auf der Homepage der Arztpraxis Dr. Fierz.

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 Dr. Fierz ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Auch erteile ich die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten bei meinem Krankenversicherer einholen zu dürfen und sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution weiterzuleiten. Dies gilt auch bezüglich anonymisierter Daten für die ärztteigene Datensammlung.



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.

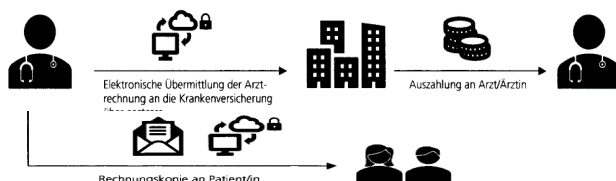
Auch erkläre ich mit meiner Unterschrift, die oben genannten Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zu Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch via eastcare** versendet, wenn die Krankenkasse/Versicherung dies zulässt.

Ich bin weiter darüber informiert, dass ich die von mir erteilte Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum	
	Unterschrift:

***Erklärung Tiers payant**

Sie müssen die Rechnung nicht selber bezahlen (Tiers payant) – Ihr Arzt schickt die Rechnung direkt an Ihre Krankenversicherung.



**Datensicherheit: Die von Ihnen als Patient bezogenen medizinischen Leistungen werden im Rahmen der obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung in der Regel elektronisch abgerechnet. Die entsprechenden Daten werden aus Effizienz- und Sicherheitsgründen über ein spezialisiertes Partnerunternehmen (eastcare) an die Versicherer verschickt. Die elektronisch versandten Patientendaten werden von eastcare keiner materiellen Prüfung unterzogen. Die Sicherheitsstandards sind analog E-Banking.