

## ANMELDEFORMULAR

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Vorname	Nachname	
Strasse		PLZ	Ort
Tel. Privat	Tel. Geschäft	Geb. Datum	
Mobil	Email		
Zuweisender Arzt *	Adresse		
Krankenkasse* (Grundversicherung):			
Bevorzugte Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> Festnetz, <input type="checkbox"/> Mobil, <input type="checkbox"/> Email, Anders: _____			

\*Diese Angaben werden zwingend gebraucht.

Bei **Unfall** die nachfolgenden Felder zusätzlich ausfüllen

Bei **Unfall** brauchen wir zusätzlich die nachfolgenden Angaben

Name der Unfallversicherung:
Unfalldatum:
Policen- / Schadennummer:
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten bereits Physiotherapie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Gesetzliche Vertretung** (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der/des Patient:in)

Institution	
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

## Einverständniserklärung

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die/den Physiotherapeut:in sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation, siehe Website: <https://www.physio-laettich.ch/> (und in der Praxis im Wartezimmer aufliegend) einverstanden bin.
- Mein/e PhysiotherapeutIn wird von mir bevollmächtigt: medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten sowie Vertrauensärzten der Kostenträger elektronisch geschützt auszutauschen.
- 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/meinem Physiotherapeut:in und mir als Patient:in durch die Praxis Physio Lättich AG. Patienteninformationen werden seitens der Physiotherapiepraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@physio-hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.
- falls die Rechnung der Behandlung nicht beglichen wird, die erforderlichen persönlichen Behandlungsdaten sowohl an die rechnungsstellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution als auch den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
- Mit folgender Unterschrift bestätige ich, dass von mir nicht wahrgenommene Termine, welche nicht mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn abgesagt wurden, mir privat (ohne Rückerstattung durch die Krankenkasse) in Rechnung gestellt werden dürfen.
- Alle Behandlungskosten, die von meiner Versicherung/ KK nicht gezahlt werden, übernehme ich vollständig selbst.
- Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patient:innen eine Kopie der Physiotherapierechnung erhalten. Der Umwelt zuliebe senden wir Ihnen die Rechnung auf elektronischem Wege.

Es ist Schweizer Recht anwendbar.

Ort, Datum .....

Unterschrift des/der Patientin/Patienten

.....