



Dr. med. Martin Bösch
Innere Medizin FMH

Dr. med. Martin Thalmann
Allgemeine Medizin FMH
Manuelle Medizin (SAMM)

Schützhüsliweg 5
CH - 8222 Beringen
Tel. 052 / 685 19 25
FAX 052 / 685 36 10

Personalienblatt

Grüezi, willkommen in der Praxis in der Pünt.

Wir bitten Sie, die zu Ihrer Behandlung notwendigen persönlichen Daten unten auszufüllen,
Vielen Dank!

Name, Vorname: _____

(ggf. Eltern / gesetzl. Vertreter / Beistand): _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____ Sprache: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/ Ortschaft: _____

Tel. Mobil : _____ Festnetz: _____

E-Mail (auch für Aufgebote / Rechnungskopien): _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____ Vers. Nr.: _____

Sind Sie im Hausarztmodell versichert?: ja / nein / Telephonmodell

oder Behandlung über Unfallversicherung: ja _____ Vers. Nr.: _____

(bisheriger) Hausarzt: _____

Allergien?: nein, keine / ja, welche?: _____

Wir bitten Sie höflich die Rückseite zu lesen und zu **unterschreiben**.

Erklärung betreffend notwendige Ausnahmen vom Arztgeheimnis.

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, Untersuchungsberichte und Informationen, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten, Spitälern oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen verhindert und somit Kosten gespart werden können.

In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilungen dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an eine externe rechnungsstellende Institution als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Ärzterschaft und Krankenkassen haben sich geeinigt, eine von beiden Seiten unabhängige Statistik über die Gesundheitskosten zu erstellen. Deshalb sind wir dazu verpflichtet, dass wir Ihre Rechnungsdaten zur statistischen Auswertung anonymisiert an ein sogenanntes Trust-center senden.

Kommunikation per email zwischen ärztlichen Stellen erfolgt generell verschlüsselt und über einen HIN Kanal gesichert, dies ist von der FMH so empfohlen. Mir ist bewusst, dass sämtliche über (m)eine private email Verbindung mit der Praxis geschickte Korrespondenz prinzipiell abgefangen werden kann und somit als nicht gesichert zu betrachten ist. Ich bin einverstanden, dass die ungesicherte Verbindung genutzt wird, wenn ich bei der Praxis Arztzeugnisse und Befundkopien per email bestelle.

Die Übermittlung von Rezepten für verschärft rezeptpflichtige Arzneimittel erfolgt auf Empfehlung des kant. Gesundheitsamts nur noch direkt mittels gesicherter email Verbindung an die von mir bezeichnete Apotheke.

Ich habe die Bestimmungen in der Datenschutzregelung der Praxis in der Pünt gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Beringen, den _____

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Unterschrift Patient:
