**Patientenformular**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse/Hausnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Stadt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich erlaube die direkte Abrechnung mit der zuständigen Krankenkasse Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

* Google/Internet
* Instagramm/Facebook
* Homepage Swiss Med Team, Derm Art
* Bekannte/Freund
* Hausarzt/Zuweiser

*Wir möchten Sie auf folgende Punkte aufmerksam machen:*

* *Termine müssen im Verhinderungsfall mindestens 24 Stunden vorher, per Telefon oder Mail, abgesagt werden, ansonsten erfolgt die Verrechnung ohne Kassenpflicht.*
* *Medikamente, Ästhetik- oder Pflegeprodukte die Sie von Ihrem Arzt erhalten oder wir für Sie bestellen, können weder umgetauscht noch zurückerstattet werden. Auch bei Nichtabholung Ihrer Bestellung erfolgt in jedem Fall die zahlungspflichtige Verrechnung. Selbstverständlich dürfen Sie die Altmedikamente zur korrekten Entsorgung in unsere Praxis oder in Ihre nächstgelegene Apotheke bringen.*

Winterthur, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Einwilligung Versand von E-Mails**

Aufgrund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen im E-Mail-Verkehr ist es der Swiss Med Team AG und Derm Art, grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden.

Für das Führen entsprechender Korrespondenz wäre daher stets die klassische Papierform zu wählen. Für den Fall, dass Sie Ihren Bericht dennoch per E-Mail erhalten möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versenden solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn von Ihnen eine unterschriebene Erklärung - eingescannt und per E-Mail zurückgeschickt oder in Papierform - vorliegt. Sie erhalten daher im Folgenden die Möglichkeit, eine solche Erklärung abzugeben.

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten im PDF-, MS Word oder JPG- Format per

einfachem E-Mail an die oben genannte E-Mailadresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so

zugesandten E-Mails personenbezogen Daten oder Daten, die dem Arztgeheimnis unterliegen, enthalten können.

Die Risiken, die dem Versand solcher E-Mails verbunden sind - insbesondere die unbefugte

Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte - sind mir bewusst, und ich Übernehme die volle Verantwortung dafür.

**Ich wünsche kein Mailversand, bitte ankreuzen:**

Ich stimme dem Mailversand jeglicher Art, bezüglich medizinischer Korrespondenz, **nicht** zu.

**Ich wünsche einen Mailversand, bitte ankreuzen und mit Ihren Angaben und der Unterschrift bestätigen:**

Ich stimme dem Mailversand jeglicher Art, bezüglich medizinischer Korrespondenz, zu.

|  |  |
| --- | --- |
| **Name**  | **Vorname** |
|  |  |
| **Geburtsdatum** | **E-Mailadresse** |
|  |  |

Ort, Datum Unterschrift Patient/in oder gewählte/r Vertreter/in

---------------------------------------------- --------------------------------------------------------------------