



Patientenformular Stammdaten

Angaben des Kindes

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: w m d

Strasse u. Nr: _____

PLZ u. Wohnort: _____

Nationalität: _____

Aufenthaltsstatus: _____

Hausarzt: _____

AHV-Nr.: _____

Krankenversicherung (Grundversicherung): _____

Versicherten-Nr.: _____

Gesetzliche Vertretung/Sorgerecht:

Vorname: _____

Nachname: _____

Adresse: (sofern abweichend): _____

Tel./Mobil: _____

E-Mail: _____

Sind Sie beim Sozialamt/Asylamt gemeldet?

Falls ja, Adresse: _____

Kontaktperson: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation, welche ich in der Praxis gelesen habe oder auf der Homepage des Ärztehauses Brunnen einsehen kann, 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 und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen an Dritte (Spezialärzte, Therapeuten, Apotheken, Versicherungen, etc.) werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminvereinbarungen etc. mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (wie @bluewin.ch, @gmail.com etc. oder per SMS/ WhatsApp, Signal, etc.) erfolgen.

Bitte beachten Sie, dass Ihnen Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____