



Patientenblatt

Liebe Patientin, lieber Patient. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen bei Ihrem ersten Besuch ausfüllen und zu unterschreiben. Herzlichen Dank!

Abrechnungsmodus für die Krankenkassen

- Akupunktur- und Kräuter-Konsultationen durch ärztlichen Behandler werden von der Grundversicherung abzüglich Selbstbehalt gedeckt.
- Die chinesischen Kräutermischungen werden weiterhin durch eine Zusatzversicherung für Komplementärmedizin bezahlt.
- Akupunktur und Tuina durch nicht ärztlichen Behandler werden, falls vorhanden, von einer Zusatzversicherung für Komplementärmedizin gedeckt.

Datenschutz

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen, sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt/meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant. (Rechnung direkt an die Krankenkasse). Ich bin damit einverstanden, dass mir die Zugangsdaten für das abgesicherte Portal der Ärztekasse an meine E-Mail-Adresse gesandt werden. Auf diesem Portal kann ich die Kopie meiner Rechnung einsehen, die an meine Versicherung gesandt wurde.

Ergänzung zum neuen Datenschutzgesetz (Sept. 2023): Wir werden mit Ihren Daten (wie bisher) verantwortungsvoll und gewissenhaft umgehen. Wir verfügen über eine sichere (HIN) Mailadresse und im Falle einer Überweisung werden Ihre Daten mit Ihrem Einverständnis Daten- und Transportverschlüsselt weitergegeben. Bei Fragen dürfen Sie sich jederzeit bei uns melden.

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Handy

e-Mail

Geburtsdatum

Beruf

Arbeitgeber

Zuweisender Arzt

Krankenkasse

Karten-Nummer

Komplementärversicherung

Datum

Unterschrift