

## Anmeldeformular

---

Erwachsene

Seite 1/2

Geschlecht	männlich	weiblich		
Name	_____	Vorname	_____	
Strasse / Nr.	_____	PLZ / Ort	_____	
Geburtsdatum	_____	Nationalität	_____	
Telefon Privat	_____	Mobil	_____	
e-Mail	_____	Hausarzt	_____	

### Kontaktperson im Notfall

Kontakt A		Kontakt B	
Name	_____	Name	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
Verwandtschaftsgrad	_____	Verwandtschaftsgrad	_____

### Krankenkasse

Krankenkasse	_____	Kartennummer	_____
Hausarztmodell	ja	nein	

### Arbeitgeber

Beruf	_____	Arbeitgeber	_____
Strasse / Nr.	_____	PLZ / Ort	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____

## Einverständniserklärung

---

Seite 2/2

### Erklärung zum Datenschutz

SIHLMED ist ermächtigt, im Interesse einer bestmöglichen medizinischen Behandlung medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern und in meinem Interesse auch medizinische Akten und Ergebnisse an nachbehandelnde Ärzte weiterzuleiten. Ich bin überdies damit einverstanden, dass alle bei SIHLMED tätigen Personen Einsicht in meine Patientendaten nehmen können, soweit dies im Zusammenhang mit meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich entbinde meinen behandelnden Arzt von SIHLMED von seiner Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und die Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Insbesondere erteile ich die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten an die rechnungsstellende Institution (Trustszentrum; MediPort), eine allfällige Inkassofirma, einen mit dem Inkasso beauftragten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Gerichte) weiterzuleiten.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenakte bei SIHLMED in elektronischer Form geführt und abgelegt wird. SIHLMED legt grössten Wert auf die Sicherheit meiner Daten und hält sich an die im medizinischen Bereich üblichen, höchsten Standards. Sollte es dennoch zu einem Datenverlust / Missbrauch von Daten kommen, lehnt SIHLMED jegliche Haftung ab.

### Erklärung zur Kostenübernahme bei fehlender Deckung durch die Krankenkasse

Sofern Leistungen von SIHLMED weder von der Grundversicherung noch von der Zusatzversicherung der Krankenkasse übernommen werden, verpflichte ich mich, diese in vollem Umfang selbst zu bezahlen. Wenn ich diesbezüglich nicht sicher bin, kläre ich dies vorgängig der Behandlung mit der Krankenkasse und mit dem behandelnden Arzt von SIHLMED ab.

### Ich wünsche:

Die Arztrechnung direkt an meine Krankenkasse zu übermitteln (Tiers payant):

Als Patient bezahlen Sie die Arztrechnung nicht selber. Ihr Arzt schickt die Arztrechnung direkt Ihrem Versicherer (Krankenkasse). Der Versicherer überweist dem Arzt den geforderten Betrag und sendet Ihnen eine Rechnung über die eventuelle Franchise oder Selbstbehalt. (Ausgeschlossen bei Assura und Sanagate)

- Bitte senden Sie mir bei direkter Abrechnung (Tier payant) mit meiner Krankenversicherung jeweils eine Rechnerungskopie zu.

Die Arztrechnung selber zu bezahlen (Tiers garant):

Als Patient erhalten Sie die Rechnung direkt von Ihrem Arzt. Sie begleichen sie und fordern anschließend den Betrag gemäß Anspruchsberechtigung bei Ihrer Versicherung zurück.

Name \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_