

Anmeldeformular

Kinder

Seite 1/2

Geschlecht männlich weiblich

Name _____

Vorname _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Mutter

Vater

Name _____

Name _____

Vorname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Beruf _____

Telefon Privat _____

Telefon Privat _____

Mobil _____

Mobil _____

e-Mail _____

e-Mail _____

Krankenkasse

Krankenkasse _____

Kartennummer _____

Hausarztmodell ja nein

Einverständniserklärung

Seite 2/2

Erklärung zum Datenschutz

SIHLMED ist ermächtigt, im Interesse einer bestmöglichen medizinischen Behandlung medizinische Akten über mein Kind 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 seine Patientendaten nehmen können, soweit dies im Zusammenhang mit meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich entbinde seinen 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 (Trustzentrum; MediPort), eine allfällige Inkassofirma, einen mit dem Inkasso beauftragten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen (Betreibungsamt, Gerichte) weiterzuleiten.

Ich bin damit einverstanden, dass seine 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 _____ (gesetzlicher Vertreter)

Datum _____ Unterschrift _____