

Leiden Sie an folgenden Krankheiten:

Heuschnupfen: Nein Ja

Asthma: Nein Ja

Diabetes: Nein Ja

HerzKreislauf: Nein Ja

Andere Erkrankungen:

Haben Sie Blutverdünner? Nein Ja *Name des Medikamentes:*

Nehmen Sie regelmässig andere Medikamente ein? Nein Ja

Wenn Ja, welche:

.....

Information:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation 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 / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Im Verhinderungsfall bitte 24Std. vorher telefonisch oder per Mail den Termin annullieren. **Bei Nichterscheinen erheben wir eine Rechnung von 50.-CHF. Bei ästhetischen Leistungen wird die Hälfte der Behandlungskosten verrechnet.**

Datum:

Unterschrift:

.....