

Herzlich Willkommen In der Praxis für Kardiologie Stäfa

Bitte elektronisch oder in Blockschrift ausfüllen. Besten Dank!

Name		Vorname
Strasse / Nummer		PLZ / Ort
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Notfallkontakt Name
Mobiltelefon		<i>Beziehung</i>
Telefon privat		<i>Telefonnummer</i>
E-Mail-Adresse		
<p>Ich bestätige die Richtigkeit obiger Angaben.</p> <p>Unsere Rechnungen gehen direkt elektronisch an die Krankenkasse. Sie erhalten von der Krankenkasse nur noch eine Rechnung für Ihre Franchise und Ihren Selbstbehalt.</p> <p>Wenn Rechnungen direkt an Sie geschickt werden (z.B. Assura / Nichtpflichtleistungen) und diese nicht bezahlt werden, erlauben wir uns, eine Mahngebühr zu erheben. Nicht bezahlte Mahnungen werden wir an externe Firmen (Inkassostelle, Betreibungsamt, Rechtsanwalt, Krankenkasse, Gemeindeämter oder Behörden etc.) übergeben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie, bei allfälligem Inkasso, mit der Weiterleitung der Rechnungsdaten an Externe einverstanden sind.</p> <p>Bei Nichterscheinen oder Absage des Termins weniger als 24 Stunden im Voraus, sind wir gezwungen den versäumten Termin in Rechnung zu stellen.</p> <p>Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit unserem Recall-System einverstanden sind.</p> <input type="checkbox"/> Recall per SMS <input type="checkbox"/> Recall per E-Mail		
<p>Der Gerichtsstand ist Stäfa, Schweiz.</p>		
<p>Mein Arzt oder meine Ärztin der Praxis für Kardiologie ist ermächtigt, medizinische Akten (z.B. Berichte über Spitalbehandlungen und von externen Spezialisten) über mich zur Einsicht anzufordern.</p> <p>Medizinische Daten dürfen anonymisiert für Qualitäts- und Forschungszwecke weitergeben werden.</p> <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		
Ort / Datum		Unterschrift