1. Données personelles

Dr. D. Münch

Nom de famille	**Prénom**	**Date de naiccance**
Rue/Non.	**Code postal/Ville**	**Profession** **Employeur**
Téléphone privé	**Mobile**	**E-mail**
Médecin traitant **Médecin de famille**	**Assurance maladie**	☐ Général ☐ Semi-privé ☐ Privé ☐ Autopayeurs

2. Problèmes de santé

Avez vous des **allergies** connues?	☐ Non	☐ Oui, lesquelles?
Prenez vous régulièrement des **médicaments**?	☐ Non	☐ Oui, lesquelles?
Avez-vous déja subi des **interventions chirurgicales?**	☐ Non	☐ Oui, lesquelles?
Avezvous déja eu des **maladie**s?	☐ Non	☐ Oui, lesquelles?
Avez-vous déja eu des **conditions médicales existates?**	☐ Non	☐ Oui, lesquelles?
Avez-vous de **l'hypertension?**	☐ Non	☐ Oui, comment traité?
Avez-vous le **diabète?**	☐ Non	☐ Oui, comment traité?
Avez-vous eu des **grosseses?**	☐ N0n	☐ Oui, quand?
Connaissez-vous des **maladies familiales**?	☐ Non	☐ Oui, lesquelles?
Fumez-vous?	☐ Non	☐ Oui, combien de cigarettes par jour?
Avez-vous fait **un régime**?	☐ Non	☐ Oui, les éléments suivantes:
Faites-vous du **sport**?	☐ peu ☐ moyen ☐ beaucoup	Quel(s) sport(s)?
Masse corporelle	**Taille** en cm	**Poids** en kg
Comment avez-vous entendu parler nous?	☐ Médecin ☐ Acredis ☐ Conaissances	☐ Internet ☐ Esthéticienne ☐ Autre

Tournez svp

3. Instructions de facturation pour les patients

Cher patient,

Afin d'avoir plus de temps pour votre traitement et vos soins, nous maintenons nos frais administratifs aussi bas que possible. C'est pourquoi nous avons transféré la facturation à notre partenaire :

mediserv SA
FMH Services (Affacturage)
Neuengasse 5
2502 Bienne E-mail service@mediserv.ch
Téléphone 032 560 39 30

mediserv AG est une entreprise juridiquement et économiquement indépendante recommandée par la FMH Service Genossenschaft

Remarque sur la protection des données et le système de facturation

En tant qu'entreprise de facturation, mediserv AG est soumise aux dispositions pertinentes de la loi suisse sur la protection des données (DSG) et traite les données des patients avec le plus grand soin et une confidentialité absolue. Conformément aux § 162 et 321 StGB, les employés de mediserv AG sont soumis à la confidentialité.

Les personnes de contact de mediserv sont disponibles pour répondre à toutes vos questions concernant la facturation.

Nous avons besoin de votre consentement écrit pour cette procédure de facturation. Nous vous demandons donc d'accepter en signant la déclaration ci-dessous.

Merci pour ta confiance.

Formulaire de consentement

je suis d'accord avec le

- Cession des créances financières du médecin résultant du traitement à medi-serv AG, Neuengasse 5, 2502 Biel / Bienne ;

- Transmission de mes données personnelles (nom, date de naissance, adresse, données de traitement, factures, objet du traitement, compagnie d'assurance, adresse e-mail) collectées dans le cadre de la relation commerciale à mediserv AG et, dans le cas des Tiers modèle payant, également à ma compagnie d'assurance (compagnie d'assurance maladie). De son côté, mediserv AG peut transmettre mes données personnelles à CRIF AG, Hagenholzstrasse 81, 8050 Zurich, et Medidata AG, Platz 6, 6039 Root pour exécuter la commande et les utiliser pour la livraison des copies de facture dans le modèle Tiers payant .

- Obtenir des informations sur les poursuites et des informations pour évaluer ma capacité de paiement par mediserv AG auprès des autorités compétentes et de CRIF AG.

Je libère mon médecin et les employés de mediserv AG de leur devoir de confidentialité dans la mesure où cela est nécessaire pour le règlement et la réclamation des réclamations.

Mon consentement est volontaire et s'applique également aux traitements futurs ; Je peux le révoquer à tout moment avec effet immédiat pour l'avenir.

J'ai saisi correctement les données personnelles, répondu correctement aux questions de santé et j'accepte la facturation par mediserv AG.

_____ _____

Lieu/Date Signature du patient ou du représentant légal