

I. Personalien

Praxis Dr. Münch

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Beruf
Natel	Tel. Privat/Geschäft	e-mail
Hausarzt	Krankenkasse/Mitglied Nr.	<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler

2. Gesundheitsfragen

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Hatten Sie frühere Operationen ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Hatten sie frühere Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Haben Sie bestehende Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Haben Sie erhöhten Blutdruck ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie behandelt?
Haben sie Zuckerkrankheit ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie behandelt?
Hatten Sie Schwangerschaften ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann?
Sind Ihnen Familienkrankheiten bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wieviele Zigaretten pro Tag?
Machten Sie Diätkuren ?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Treiben Sie Sport ?	<input type="checkbox"/> wenig Welche Sportart(en)? <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel
Körpermasse	Grösse in cm Gewicht in kg
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Acredis <input type="checkbox"/> Kosmetikerin <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Anderes

Bitte wenden

3. Hinweise für Patienten zur Abrechnung

Liebe Patientin, lieber Patient

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner übertragen:



FMH Factoring Services
Koordination: mediserv AG
Neuengasse 5
2502 Biel

Telefon 032 560 39 40
Telefax 032 560 39 41
E-Mail service@fmhfactoring.ch

Die mediserv AG unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei mediserv Ansprechpartner zur Verfügung.

Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Zustimmung durch Unterzeichnung der untenstehenden Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Ihre Praxis: Dr. med. D. Münch, Chirurgie FMH, Wangenstrasse 1, 4537 Wiedlisbach

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Personendaten und weiteren Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Behandlungsgegenstand) an die mediserv AG (siehe oben);
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden finanziellen Forderungen des Arztes an die mediserv AG;
- sicherungsweisen Weiterabtretung dieser finanziellen Forderungen durch die mediserv AG an ein refinanzierendes Kreditinstitut;
- Beauftragung der Inkassostelle für Ärzte und Zahnärzte, Biel, im allfälligen Inkassofall.

Ich entbinde meinen Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlich ist.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ich habe die **Personalien** korrekt angegeben, die **Gesundheitsfragen** richtig beantwortet und erkläre mich mit der **Abrechnung durch die mediserv AG** einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter