

# I. Personalien

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

# 2. Gesundheitsfragen

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

### 3. Abrechnung

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 mediserv AG, Neuengasse 5, 2502 Biel  
Telefon 032 560 39 40, Telefax 032 560 39 4, E-Mail [service@fmhfactoring.ch](mailto: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.

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Personendaten und weiteren Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (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.

### 4. Datenschutz

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meinem Arzt und mir als Patient/in. Die Bearbeitung Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch den behandelnden Arzt, andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben.

Ihre Personendaten und Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben. Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Abhängig von Ihrer Behandlung erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

#### Mit meiner Unterschrift bestätige ich

- dass ich die **Gesundheitsfragen richtig beantwortet** habe;
- dass ich mit der **Abrechnung durch die mediserv AG** einverstanden bin;
- dass ich mit der **Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärzte sowie der Weitergabe der Daten an Dritte** einverstanden bin.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter