Anmeldeformular für Patienten/Innen

SOLE CHIRURGIE

Dr. med. Paolo Abitabile
FMH Chirurgie
Spezialist für Viszeralchirurgie

SoleChirurgie
Im Parkresort
Roberstenstrasse 31
CH-4310 Rheinfelden

Für Anmeldungen

T: +41 61 566 00 00
F: +41 61 566 00 10
solechirurgie@hin.ch
www.solechirurgie.ch

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon priv.: .....

Adresse: ..... Telefon geschäftl.: .....

..... Mobil-Nummer: .....

PLZ/Ort: ..... Email-Adresse: .....

Hausarzt: ..... Zuweisender Arzt: .....

Allergien und/oder Unverträglichkeiten: Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: .....

Welche Person soll im Notfall oder bei durchgeführter Operation kontaktiert werden:

Name: ..... Telefonnummer: .....

Name der Krankenversicherung: .....

AHV-Nummer*: .....

Kartennummer*: .....

Versicherungsklasse: Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat ☐

Name der Zusatzversicherung: .....

Kartennummer*: ..... Versichertennummer*: .....

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Patientenakten an SoleChirurgie übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungen direkt der Krankenversicherung zugestellt werden.
* Bei nicht schweizerischen Krankenversicherungen erfolgt die Abrechnung sofort mit Kartenzahlung.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versicherungskarte Online-Verfahren abzufragen und sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen stattlichen Instanzen weiterzuleiten. Weiter willige ich hiermit ausdrücklich ein, dass der Arzt oder eine von ihm beauftragte Person hinsichtlich meiner Bonität mit erforderlichen Daten entsprechende Abfragen vornehmen kann. Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden.

Die Patientin/der Patient erklärt mit seiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch via das MediData-Netz verschickt.

Ort/Datum: ..... Unterschrift des Patient/In: .....

RGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHI
RURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLEC
HIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLE