

Aufnahmeformular Gesundheitszentrum Allschwil

Bitte in Blockschrift ausfüllen
Si prega di scrivere in stampatello
Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

Name
Cognome
Nom

Vorname
Nome
Prénom

Geburtsdatum
Data di nascita
Date de naissance

Geschlecht
Sesso
Sexe

☐ weiblich
femmina
féminin

☐ männlich
maschio
masculin

Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)
Cognome e nome die tutori (se si tratta di bambini)
Nom et prénom du tuteur officiel (dans le cas d'un enfant)

Adresse
Indirizzo
Adresse

Strasse / Strada / Rue

PLZ

Wohnort / Località / Localité

Telefon privat
Tel. privato
Tel. privé

Natel
Tel. portabile
Tel. portable

E-Mail

Beruf
Professione
Profession

Arbeitgeber
Datore di lavoro
Employeur

Tel.
Tel.
Tel.

Zuweisende(r) Arzt / Ärztin
Medico curante
Médecin traitant

Hausarzt / -ärztin
Medico di famiglia
Médecin de famille

Kostenträger / Garant

☒ ambulante
Behandlung

Krankenkasse

☐ Cassa malati
Caisse maladie

Unfallversicherung

☐ Assicurazione infortuni
Assurance accidents

Selbstzahler

☐ Conto privato
Compte privé

Krankenkasse / Versicherung
Cassa malati / assicurazione
Caisse de maladie / assurance

Grundversicherung ☐

Grund- und Zusatzversicherung ☐

☐ Andere Zusatzversicherung: _____

Sektion / Mitglied Nr.
Sezione / N. d'assicurato
Section / No. D'assuré

Kostenträger / Garant

☒ Spital-
behandlung

☐ Allgemeinabteilung
☐ Halbpriv. Spitalvers.
☐ Private Spitalvers.
☐ Selbstzahler / in

☐ Sezione genereale
☐ Sezione semiparticolare
☐ Sezione particolare
☐ Conto privato

☐ en chambre commune
☐ en chambre semi - privée
☐ en chambre privée
☐ Compte privé

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin/den Arzt, die/den MPA, die/den MTT Betreuer:in / Physiotherapeut:in, sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin.
Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin/meinem Arzt, meiner/meinem MTT Betreuer:in / Physiotherapeut:in und mir als Patient:in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens des Gesundheitszentrums Allschwil AG, der MTT LIFE und Physiotherapiepraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (gza@hin.ch @physio-hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die neuen Datenschutzrichtlinien ab September 2023 gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
Hinweis:
Bezüglich Ihrer Daten stehen Ihnen grundsätzlich das Recht auf Auskunft sowie das Recht auf Datenherausgabe und -übertragung zu. Diese Rechte beziehen sich auf Ihre eigenen Daten, nicht jedoch auf Daten Dritter, wie beispielsweise Ihnen nahestehenden Personen. Falls Sie uns Daten von Drittpersonen mitteilen, gehen wir davon aus, dass diese von Ihnen darüber informiert wurden.

Datum
Data
Date

Unterschrift
Firma
Signature