

## Modulo di registrazione

### Benvenuto alla mediX Praxis am bad AG

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Strada / Numero:</b>	<b>Codice Postale / Località:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Nazionalità:</b>
<input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> maschile	<input type="checkbox"/> nubile <input type="checkbox"/> sposato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> separato/a / divorziato/a
<b>Per bambini: Cognome e nome dei genitori</b>	<b>Cellulare:</b> <b>Telefono privato:</b> <b>Telefono lavoro:</b>
<b>Indirizzo e-mail</b> (per la spedizione di dati medici, messaggi diretti, niente pubblicità etc.)	<b>Professione:</b> <b>Datore di lavoro:</b>
<b>Cassa malati:</b> <b>Modello medico di famiglia mediX</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Numero gli Assicurazione:</b> <b>Numero di AHV:</b>
<b>Medico di famiglia</b> (Cognome, Nome e Luogo) (attuale o ex medico)	<b>Lingua:</b>

Io confermo la correttezza di quanto sopra dichiara.

Si  No

Il medix praxis di gruppo appartiene al centro mediX di Zurigo. Nella mediX Zurigo dottoresse e dottori discutono insieme regolarmente di casi difficili. Io autorizzo quindi le dottoresse della mediX Gruppopraxis e i dottori del Centro mediX di Zurigo di scambiare in stretta segretezza e a scopo terapeutico la mia storia medica nonché a valutare i dati in modo anonimo. Per garantire la qualità (EQUAM-Certificazione) possono venire effettuati dei test di prova tramite specialisti con l'obbligo del segreto. Il mio nome rimane segreto.

Si  No

La sua storia di malattia precedente è molto importante per noi.

Io sono d'accordo che la mediX Praxis am Bad AG, può richiedere a terze persone come Dottori e Ospedali informazioni sulla mia storia di malattia precedente.

La maggior parte delle nostre fatture viene inviata elettronicamente alla Cassa di Assicurazione sanitari. Lei riceve dalla cassa malati solo la fattura della sua franchigia.

Con la sua firma conferma di essere d'accordo di inviare direttamente la fattura alla cassa malati. Se desidera le invieremo una copia della fattura. Lei può comunicare questa sua richiesta come contratto a tempo indeterminato allo sportello d'entrata della nostra Praxis. In caso di fatturazione da parte di terzi (ufficio fiduciario, agenzia di riscossione, ufficio delle imposte, avvocato, Cassa Malati, uffici o autorità municipali etc) dichiara con la sua firma di essere d'accordo con l'inoltro dei dati della fattura all'esterno.

Medicamenti: Dopo l'avvenuta consegna, il medico o il farmacista di solito non sa cosa sia nel frattempo accaduto con il medicamento. Potrebbe essere stato esposto ad influenze dannose. Per motivi di sicurezza della qualità un tale medicamento non può più essere ripreso indietro. Il medicamento non utilizzato va pienamente fatturato a carico del paziente. Una rivendita, uno scambio non è HMG (Legge sui rimedi) conforme. Il rimborso del denaro non è più possibile.

<b>Lugo / Data:</b>	<b>Firma:</b>
---------------------	---------------