

Anmeldeformular

Herzlich willkommen in der mediX Praxis am Bad AG

Name:	Vorname:
Strasse / Nummer:	PLZ / Ort:
Geburtsdatum:	Nationalität:
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt/geschieden
Bei Kindern: Name und Vorname der Eltern	Mobiletelefon: Telefon Privat: Telefon Geschäft:
E-Mail Adresse (für den Versand von med. Daten, direkte Mitteilungen, keine Werbung etc.)	Beruf: Arbeitgeber:
Krankenkasse: mediX Hausarztmodell <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Versicherungsnummer: AHV Nummer:
Hausarzt (Name, Vorname und Ort) (jetziger oder ehemaliger)	Sprache:

Ich bestätige die Richtigkeit obiger Angaben.

Ja Nein

Die mediX Gruppenpraxis gehört zum Ärztenetzwerk mediX Zürich. Bei mediX Zürich besprechen Ärztinnen und Ärzte regelmässig schwierige medizinische Fälle miteinander. Ich ermächtige somit die ÄrztInnen der mediX Gruppenpraxis und des Ärztenetzwerks mediX Zürich (www.medix.ch), meine Krankengeschichte zu Behandlungs- und Forschungszwecke unter strenger Geheimhaltung auszutauschen, sowie Daten daraus anonym auszuwerten. Zur Qualitätssicherung (EQUAM- Zertifizierung) dürfen Stichproben durch geheimhaltungspflichtige Spezialisten durchgeführt werden. Mein Name bleibt dabei geheim.

Ja Nein

Ihre Vorgeschichte ist für uns wichtig.

Ich bin damit einverstanden, dass die mediX Praxis am Bad AG bei Drittpersonen, wie Ärzten und Spitälern, Unterlagen über meine Vorgeschichte einholen darf.

Unsere Rechnungen gehen zum grossen Teil elektronisch an die Krankenkasse. Sie erhalten von der Krankenkasse nur noch eine Rechnung für Ihre Franchise und Ihren Selbstbehalt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit dem **direkten Rechnungsversand an die Krankenkasse** einverstanden sind. Auf Wunsch stellen wir Ihnen jeweils eine Rechnungskopie zu. Sie können dies am Praxisempfang als Dauerauftrag mitteilen.

Im Falle einer Fremdvergabe der Abrechnung (Treuhandbüro, Inkassostellen, Betreibungsamt, Rechtsanwalt, Krankenkasse, Gemeindeämter oder Behörden etc.) erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit der Weiterleitung der Rechnungsdaten an Externe einverstanden sind.

Medikamente: Nach erfolgter Abgabe weiß der Arzt/Apotheker in der Regel nicht, was mit dem Medikament in der Zwischenzeit geschehen ist. Es könnte schädlichen Einflüssen ausgesetzt worden sein. Aus Gründen der Qualitätssicherung darf daher ein solches Medikament nicht mehr zurückgenommen werden. Das (ungebrauchte) Medikament wird dem Patienten voll in Rechnung gestellt. Ein Weiterverkauf, Umtausch ist nicht HMG (Heilmittelgesetz) – konform. Die Rückerstattung des Geldbetrages ist nicht möglich

Ort / Datum:	Unterschrift:
---------------------	----------------------