



**Anmeldeformular
für neue Patientinnen und Patienten**
(bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beruf/Anrede: _____

Tel. privat: _____ **Tel. Mobil:** _____

E-Mail: _____

Wichtige Mitteilungen, z. B. medizinische Befunde, übermitteln wir Ihnen grundsätzlich auf dem Postweg. Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch ist eine Übermittlung per E-Mail möglich. Wir weisen Sie aber darauf hin, dass die Inhalte von E-Mails unverschlüsselt übermittelt werden und daher vor fremden Zugriffen nicht geschützt sind. E-Mails können grundsätzlich von Mailanbietern und anderen mitgelesen werden.

Ich habe den datenschutzrechtlichen Hinweis gelesen und wünsche trotzdem eine Korrespondenz per E-Mail.

Hausarzt/Hausärztin (Name und Praxisort): _____

Bisherige/r oder persönliche/r Augenarzt/Augenärztin (Name und Praxisort): _____

Bei Kindern: Name/Vorname von Mutter, Vater oder Erziehungsberechtigtem: _____

Adresse wie oben (sonst nachfolgend angeben)

weitere Angaben: Angehörige, Bezugsperson, Beistand, spezielle Rechnungsadresse: _____

Name Krankenversicherung/Agentur: _____

Rechnungstellung an die Krankenkasse Rechnungskopie an Patient

Rechnungstellung an Patient

Ich ermächtige die Ärztinnen und Ärzte des Augenzentrums, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärztinnen und Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, damit unnötige Wiederholungen von Untersuchungen und somit Kosten gespart werden können.

In meinem Interesse erlaube ich auch, Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse an mitbehandelnde/weiterbehandelnde oder zuweisende Ärztinnen und Ärzte weiterzuleiten.

Die Rechnungsstellung erfolgt durch die Administration des Spitäles Zollikerberg, welches im Besitz meiner Daten ist.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____