

PATIENT/IN

☐ Frau ☐ Herr

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zivilstand _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____

Handynummer _____

E-Mail _____

Beruf _____

Telefon Arbeit _____

Arbeitgeber (AG) _____

Adresse (AG) _____

PLZ / Ort (AG) _____

Hausarzt / -ärztin (H) _____

Adresse (H) _____

ZuweiserIn (Z) _____

Adresse (Z) _____

Bericht an
Hausarzt / -ärztin ☐ Ja ☐ Nein

Hausarzt-Modell (HMO) ☐ Ja ☐ Nein

VERSICHERUNG

Krankheit ☐ Allg. ☐ HP ☐ P

Unfall ☐ Allg. ☐ HP ☐ P

Krankenkasse _____

Unfallversicherung _____

Karten-Nr. **80756** _____

Unfall- / Schaden Nr. _____

Policen-Nr. _____

Unfall-Datum _____

Zusatzversicherung _____

Zusatzversicherung _____

☐ Allg.g.CH ☐ HP ☐ P

☐ HP ☐ P

PATIENTENANMELDUNG

KONTAKTE

Kontaktperson _____

(unbedingt angeben wenn PatientIn nicht volljährig)

Telefonnummer _____

Sportart / Verband _____

Verein / Kader _____

AKTUELLE MEDIKATION

BEKANNTE ALLERGIEN

KRANKHEITEN / VOROPERATIONEN

VORHANDENE VORUNTERSUCHUNGEN? (LABOR, RÖNTGEN, MRI, CT)

☐ Ja ☐ Nein Wann und wo? _____

BITTE MITBRINGEN

- Arztberichte und ggf. OP Berichte
- Vorhandene Voruntersuchungen (Labor, Röntgen, MRI, CT)

Ich nehme zur Kenntnis, dass der einweisende Arzt sowie berührte Versicherer mit Daten bedient werden. Versicherer benötigen die Daten für die Festsetzung des Leistungsanspruchs. Ich erkläre mich mit der Speicherung, Verarbeitung und Weiterverarbeitung meiner persönlichen Daten einverstanden.

Zusätzlich nehme ich zur Kenntnis, dass bei einer fraglichen Übernahme der Leistungen durch die Unfallversicherung, die Kosten direkt meiner Krankenkasse oder mir selbst in Rechnung gestellt wird.

Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit ausländischer Versicherung sind direkt vor Ort per EC-Karte oder TWINT zu begleichen.

Bild- & Fotomaterial welches während der Behandlung von mir angefertigt wurde, darf von der ALTIUS Swiss Sportmed Center AG für interne und externe Zwecke verwendet werden. (Wissenschaftliche Publikationen, Homepage (www.altius.ag), Vorträge, Social Media etc.)

☐ Ja ☐ Nein

Termine, welche nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, werden privat in Rechnung gestellt. Wir bitten hier um Ihr Verständnis.

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

☐ Verein / Sportclub ☐ Familie / Freunde ☐ Internet ☐ Hausarzt / Zuweiser ☐ _____

Ort / Datum

PatientIn / Gesetzliche Vertretung