

CHIROPRAKTIK OERLIKON

Dr. Christophe Sem & Dr. Patrick Vendrame
Chiropraktoren SCG / ECU
Franklinstr. 1
8050 Zürich
EAN Nr. Dr. Sem 7601003009835

Tel. 043 288 99 55
Fax. 043 288 99 50

Anmeldeformular für Patientinnen und Patienten

Wir heissen Sie in unserer Praxis willkommen und danken Ihnen für Ihr Vertrauen. Bitte füllen Sie die zwei Seiten dieses Formulars in Druckbuchstaben aus. Wenn nötig, hilft Ihnen unser Personal gerne.

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Für Minderjährige: Name und Vornamen des oder der Erziehungsberechtigten

Zivilstand

Kontaktperson (Verwandte o.ä.)

Strasse und Nr.

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber/Arbeitgeberin

Hausärztin/Hausarzt und Datum des letzten Besuchs bei ihr/ihm

Empfohlen/zugewiesen von

Name der Krankenkasse/Unfallversicherung Versichertennummer/Unfallnummer

Ich habe einen Hausarztmodell-, HMO-, myDoc-, First Call-, First Med-, Telmed-Vertrag o.Ä.

Ja

Nein

Rechnungsstellung/Inkasso

Ich verpflichte mich, Ihre Rechnung innert 30 Tagen zu bezahlen. Das Original der Rechnung dient als Rückforderungsbeleg für die Versicherung. Die Kopie ist für meine Akten bestimmt.

Zudem erteile ich Ihnen die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten einer mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Person oder Gesellschaft sowie den zuständigen Instanzen (Betreibungsamt, Friedensrichter, Gerichte) weiterleiten zu können.

Weiter trete ich hiermit meine sämtlichen Ansprüche, welche ich gegenüber meiner Krankenkasse aus der obligatorischen Krankenversicherung habe und welche aus meiner Behandlung in oben genannter Praxis herrühren, vollumfänglich an Letztere ab.

Gerichtsstand ist Zürich. Mahngebühren: 1. Mahnung CHF 5.-; 2. Mahnung CHF 10.-.

Auskünfte: Ich berechtige Sie, Röntgenbilder, Berichte und sonstige ärztliche Auskünfte einzuholen.

Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen des oder der Erziehungsberechtigten)

CHIROPRAKTIK OERLIKON

Dr. Christophe Sem & Dr. Patrick Vendrame
Chiropraktoren SCG / ECU
Franklinstr. 1
8050 Zürich
EAN Nr. Dr. Sem 7601003009835

Tel. 043 288 99 55
Fax. 043 288 99 50

Hatten Sie Operationen? Welche und in welchem Jahr?

Hatten Sie Unfälle oder schwere Stürze? In welchem Jahr?

Haben Sie jemals eine Fraktur erlitten? Welche und in welchem Jahr?

Welche schwereren Krankheiten hatten/haben Sie – ausser dem jetzigen Leiden? In welchem Jahr?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Welche und wieviel? (Kopie Medikamenten-liste/-pass)

Haben Sie Allergien?

Haben Sie in letzter Zeit zu- oder abgenommen? Wieviel und in welchem Zeitraum?

Meine Daten dürfen zu Studienzwecken verwendet werden. Die Daten sind anonym; Rückschlüsse auf meine Person sind also nicht möglich.

Ja

Nein

Nach der Erstkonsultation zu unterschreiben:

Patienteneinwilligung: Ich bin über die Untersuchungsergebnisse und die Diagnose(n) umfassend und verständlich informiert worden. Das Behandlungskonzept ist mir erklärt worden, und ich habe es verstanden. Ich bin über die möglichen Behandlungsrisiken der Chiropraktik aufgeklärt worden und willige hiermit in Kenntnis der Sachlage ausdrücklich in die Behandlung ein.

Datum und Unterschrift (bei Minderjährigen des oder der Erziehungsberechtigten)