



Angaben bitte kontrollieren und anpassen



Befund- und Bildversand

Mein Arzt/meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann. In meinem Interesse erlaube ich meinem Arzt/meiner Ärztin auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt oder – im Falle eines Unfalles – der Versicherung zu senden.

Rechnung

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Ärztekasse als auch bei Nichtbegleichung der Rechnung an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Datum: _____ Unterschrift gesetz. Vertreter: _____

Meine Daten dürfen für interne Prüfung / Qualitätskontrolle genutzt werden

Ja Nein