

Bitte auch Rückseite ausfüllen!

Name **Vorname**

Geburtsdatum **Geschlecht** weiblich männlich

Bei Patienten unter 18 Jahren: Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten

Strasse **PLZ** **Wohnort**

Telefon/Mobile **E-Mail**

Beruf/ Arbeitgeber **Telefon Geschäft**

Zuweisende(r) Arzt/Ärztin **Hausarzt/-ärztin**

Krankenkasse/Versicherung **Versichertenkarten-Nummer**

Mein Arzt 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 ihm auch, seine Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ebenfalls bestätige ich hiermit, dass ich mit der elektronischen Korrespondenz an die oben angegebene E-Mail-Adresse einverstanden bin und Adressänderungen stets der Praxis melde.

Ich bin darüber informiert, dass ich Termine mind. 24 h vorher absagen muss, ansonsten werden sie mit CHF 25.- pro 10 Minuten verrechnet. Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus dem Arzt-/Patientenverhältnis ist Basel; anwendbar ist schweizerisches Recht.

Auch erkläre ich mich mit der Abtretung der sich aus der Betreuung/Behandlung ergebenden finanziellen Forderungen des Arztes an die mediserv AG, Neungasse 5, 2502 Biel / Bienne und der Weitergabe meiner im Rahmen der Geschäftsbeziehung gesammelten Personendaten (Name, Geburtsdatum, Adresse, Behandlungsdaten, Rechnungen, Behandlungsgegenstand, Versicherungsgesellschaft, E-Mail Adresse) an die mediserv AG und an meine Versicherungsgesellschaft (Krankenkasse, Tiers payant-Modell) einverstanden. Die mediserv AG ihrerseits kann meine Personendaten an die CRIF AG, Hagenholzstr. 81, 8050 Zürich, und die Medidata AG, Platz 6, 6039 Root zur Auftrags Erfüllung weitergeben und für die Zustellung der Rechnungskopien im Tiers payant Modell verwenden und betriebsrechtliche Auskünfte und Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bei den zuständigen Behörden und der CRIF AG einholen. Ich entbinde meinen Arzt sowie die Mitarbeiter der mediserv AG von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch zukünftig; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen.

Datum **Unterschrift**

Medizinische Angaben des Patienten

Waren Sie schon einmal bei einem/r Dermatologen/-in?

Nein Ja

Bei mir sind folgende Leiden/Grunderkrankungen bekannt:

Heuschnupfen Schuppenflechte/Psoriasis Atopische Dermatitis/Neurodermitis
 Asthma Diabetes Hepatitis HIV Kreislaufprobleme
 Herzerkrankungen Schilddrüsenerkrankung Rheuma Nierenleiden
 Magen-/Darmerkrankungen Nervenleiden Andere:

Leiden sie unter spezifischen Allergien? Nein Ja

Latex Sonstige Medikamente:
 Antibiotika: Andere:

Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit/Intoleranz gegenüber:

Laktose Gluten Anderem:

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Nein Ja, nämlich:

Ich habe nie geraucht. Ich habe aufgehört nach ___ Jahren. Vor ___ Jahren.
 Ich rauche gelegentlich. Seit: ___ Ich rauche jeden Tag ___ Packungen. Seit: ___

In meiner Familie (Eltern, Grosseltern, Onkel/Tanten) sind folgende Leiden/Anfälligkeiten bekannt:

Heuschnupfen Schuppenflechte/Psoriasis Atopische Dermatitis/Neurodermitis
 Schilddrüsenerkrankungen Asthma Diabetes Hautkrebs Andere:

Wurde bei Ihnen schon ein verdächtiger Hautbefund entfernt?

Nein Ja Falls Ja: wann/bei wem?

Gab es bei einem früheren operativen Eingriff unerwartete Zwischenfälle (Probleme mit Lokalanästhesie, Narkose etc.)?

Nein Ja Falls Ja: wann/was?

Auslandsaufenthalte in tropischen/subtropischen Regionen in den letzten 2 Jahren:

Afrika Asien Südamerika Andere: