Venenklinik Bellevue
Ihre Spezialklinik am Bodensee

PATIENTENANMELDUNG

Bitte in Blockschrift ausfüllen und **vor der Untersuchung zurücksenden oder ausgefüllt mitbringen.** Besten Dank für Ihre Mitarbeit!

Name	Geburtsdatum
Vorname	Zivilstand
Strasse	Nationalität
PLZ / Ort	Beruf
Tel. privat	Arbeitgeber
Tel. mobil	Adresse
E-Mail	Patientenverfügung vorhanden? ❍ Ja ❍ Nein

Nächste / r Angehörige / r oder Vertrauensperson für den Notfall (Gesetzliche Vertretung) Ärzte sind dieser Person gegenüber der Schweigepflicht entbunden.

❍ Ehe- / Lebenspartner ❍ Tochter / Sohn ❍ Vater / Mutter ❍ Schwester / Bruder ❍ nicht verwandt

Name	Tel. privat
Vorname	Tel. mobil
Adresse	

Bitte Versicherungsausweis mitbringen!

Krankenversicherung	Zusatzversicherung
Versicherungsnummer	Versicherungsnummer
Adresse	Adresse

Versicherungsart

❍ allgemein (Wohnkanton)	❍ halbprivat
❍ allgemein (ganze Schweiz)	❍ privat
❍ Hausarztmodell / Ärztenetzwerk	❍ flex

❍ Ich bestätige hiermit, dass kein Leistungsaufschub bei der Krankenversicherung besteht

Hausarzt

Name / Vorname	Adresse

Über-/einweisende/r Ärztin/Arzt

Name / Vorname	Adresse

Wie wurden Sie auf die Klinik aufmerksam?

❍ Einweisung durch Arzt ❍ Inserat ❍ Mund-zu-Mund-Propaganda ❍ Internet ❍ Sonstiges ❍ Venenmessung in:

Bitte Rückseite beachten!

GESUNDHEITSDATEN

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig. Dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Bearbeitung der personen- und gesundheitsbezogenen Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmässig.

Ich willige ein, dass …

- die an meiner medizinischen Behandlung und Pflege beteiligten Gesundheitsfachpersonen und ihre medizinischen Hilfspersonen der Venenklinik Bellevue meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten aus Gründen der Behandlung sowie zu Dokumentationszwecken einsehen und bearbeiten. Die Bearbeitung dieser Daten dient der Erstellung und Vervollständigung meiner Patientendokumentation;

- die Venenklinik Bellevue meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten und Befunde zum Zwecke der Führung der Patientendokumentation und/oder der Weiterbehandlung an die vor- und nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzte und ihre Hilfspersonen, Spitäler, Reha-Einrichtungen und Dienste häuslicher Krankenpflege übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung meiner Patientendokumentation sowie der weiteren Behandlung;

- die Venenklinik Bellevue personenbezogene Daten von meiner Versichertenkarte direkt oder von den durch die Versicherungen angebotenen Datenbanken abfragt und speichert;

- die Venenklinik Bellevue gemäss meinen Angaben mit mir per E-Mail, per Mobiltelefon und/oder per SMS kommuniziert. Ich bin mir bewusst, dass sensitive Daten bei der E-Mail-Übertragung und/oder der Kommunikation per Mobiltelefon und/oder SMS unter Umständen abgefangen und missbraucht werden können. Für die sichere Übertragung von E-Mails und/oder SMS der Patientin/des Patienten kann die Venenklinik Bellevue keine Gewähr übernehmen;

- im Rahmen meines Spitalaufenthaltes bzw. meiner Behandlung persönliche Daten für Qualitätssicherung und Forschung erfasst werden. Diese Daten können in anonymisierter Form Fachleuten und Behörden (z. B. dem Bundesamt für Gesundheit) für eine Auswertung im Rahmen der Qualitätssicherung und Forschung zugänglich gemacht werden. Die Vertraulichkeit wird strikt gewahrt und die Datenschutzbestimmungen werden vollumfänglich eingehalten. Der Name der Patientin bzw. des Patienten wird in keiner Weise in Rapporten oder Publikationen veröffentlicht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass …

- die Venenklinik Bellevue meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten und Befunde an die involvierten Versicherungen zum Zwecke der Erfüllung gesetzlicher und versicherungsvertraglicher Pflichten weiterleitet. Die Daten werden an die Vertrauensärztin bzw. den Vertrauensarzt der zuständigen Versicherung übermittelt.

Gerichtsstand: Kreuzlingen

Ort und Datum:	Unterschrift der Patientin /des Patienten: