

## Patientenanmeldung

SportClinic Zurich

**Puls 5**

Giessereistrasse 18  
8005 Zürich  
Tel 044 274 88 88  
Fax 044 274 88 89  
medizinp5@sportclinic.ch

**Medizin**

**Patienteninformation**

Name \_\_\_\_\_  
Bei Minderjährigen Name und Vorname Mutter/Vater

Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon Privat/Mobile \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_  
Vorname/Name/Adresse

**Zuweisung/  
Empfehlung durch**

Hausarzt     Facharzt     Andere \_\_\_\_\_  
Vorname/Name/Ort

SportClinic Klinik Hirslanden     Physiotherapie

SportClinic Sihlcity     Andere/-r Patient/-in

SportClinic Tödistrasse     Internet

SportClinic Zentralstrasse     Club/Betreuung

SportClinic Stadion Letzigrund     Medien

SportClinic Puls 5     Diverse

**Krankenkasse**

Name/Sitz \_\_\_\_\_  Allgemeinabteilung

Mitglied-Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  Spitalversicherung halbprivat

Spitalversicherung privat

Inkl. Unfallversicherung     Ja     Nein

**Zusatzversicherung**

Name/Sitz \_\_\_\_\_ Krankheit     Halbprivat     Privat

Mitglied-Vers.-Nr. \_\_\_\_\_ Unfall     Halbprivat     Privat

**Unfallversicherung/  
IV/MVG**

Name/Sitz \_\_\_\_\_ Unfalldatum \_\_\_\_\_

Mitglied-Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  Allgemein     Halbprivat     Privat

Arbeitgeber    Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie die Rückseite**

## Ihr Leistungsniveau im Sport

<b>Bitte kreuzen Sie Ihr Leistungsniveau an.</b>	<input type="checkbox"/> Kein Sport	0
	<input type="checkbox"/> Gesundheitssportler/-in (1–2 x/Woche)	9
	<input type="checkbox"/> Breitensportler/-in (regelmässig bis 3 x/Woche)	8
	<input type="checkbox"/> Leistungssportler/-in mit Wettkampf	7
	<input type="checkbox"/> Anderer Spitzensport	6
	<input type="checkbox"/> Spiel-Liga 1. oder 2. Liga	5
	<input type="checkbox"/> Spiel-Liga Nati A oder B	4
	<input type="checkbox"/> Leistungssport mit Junioren-Nationalmannschaft	3
	<input type="checkbox"/> Leistungssport mit Nationalmannschaft	2
	<input type="checkbox"/> Leistungssport mit Swiss-OlympicCard	1

**Hauptsportart(en)** \_\_\_\_\_

**Sportverein** \_\_\_\_\_

Der behandelnde Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder in anderen 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- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden und/oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z. B. Versicherung) als auch an die in die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Ich bin darüber informiert, dass meine Krankengeschichte elektronisch geführt und archiviert wird.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_