

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

Bitte kreuzen Sie Ihr Leistungsniveau an.	<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 _____