

Patientenanmeldung

SportClinic Zurich

Tödistrasse
Tödistrasse 49
8002 Zürich
Tel 044 209 60 30
Fax 044 209 60 34
medizin@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

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

Vorname/Name/Ort

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 _____