

Patientenanmeldung

SportClinic Zurich

Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40, Postfach
8032 Zürich
Tel 044 387 29 77
Fax 044 387 29 88
chirurgie@sportclinic.ch

Chirurgie

Patienteninformation	Name	_____		
		Bei Minderjährigen Name und Vorname Mutter/Vater		
	Vorname	_____	Beruf	_____
	Adresse	_____	Titel	_____
	PLZ	_____	Geburtsdatum	_____
	Ort	_____	Nationalität	_____
	Telefon Privat	_____	E-Mail	_____
	Telefon Mobile	_____	Hausarzt	_____
	Telefon Geschäft	_____	Name/Vorname/Adresse Hausarzt	
Zuweisung/ Empfehlung durch	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Facharzt	<input type="checkbox"/> Andere	_____
		Name/Vorname/Ort		
	<input type="checkbox"/> SportClinic Klinik Hirslanden	<input type="checkbox"/> Physiotherapie		
	<input type="checkbox"/> SportClinic Sihlcity	<input type="checkbox"/> Andere/-r Patient/-in		
	<input type="checkbox"/> SportClinic Tödistrasse	<input type="checkbox"/> Internet		
	<input type="checkbox"/> SportClinic Seebahnstrasse	<input type="checkbox"/> Club/Betreuung		
	<input type="checkbox"/> SportClinic Stadion Letzigrund	<input type="checkbox"/> Medien		
	<input type="checkbox"/> SportClinic Puls 5	<input type="checkbox"/> Diverse		
Krankenkasse	Name/Sitz	_____		
	Mitglied-Vers.-Nr.	_____		
		<input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung		
		<input type="checkbox"/> Spitalversicherung halbprivat		
	<input type="checkbox"/> Spitalversicherung privat			
	Inkl. Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Zusatzversicherung	Name/Sitz	_____		
	Mitglied-Vers.-Nr.	_____		
		Krankheit	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
		Unfall	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
Unfallversicherung/ IV/MVG	Name/Sitz	_____		
	Unfall-Nr.	_____		
		Unfalldatum	_____	
		<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> 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.

Ich bin damit einverstanden, dass meine medizinischen Daten für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet werden (für die Auswertung werden die Daten anonymisiert).

Datum _____

Unterschrift _____