

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	Hausarzt	Facharzt	Andere	_____	
				Name/Vorname/Ort	
	SportClinic Klinik Hirslanden			Physiotherapie	
	SportClinic Sihlcity			Andere/-r Patient/-in	
	SportClinic Tödistrasse			Internet	
	SportClinic Seebahnstrasse			Club/Betreuung	
	SportClinic Stadion Letzigrund			Medien	
SportClinic Puls 5			Diverse		
Krankenkasse	Name/Sitz	_____			Allgemeinabteilung
	AHV-Nr.	_____			Spitalversicherung halbprivat
					Spitalversicherung privat
					Inkl. Unfallversicherung Ja Nein
Zusatzversicherung	Name/Sitz	_____	Krankheit	Halbprivat	Privat
	AHV-Nr.	_____	Unfall	Halbprivat	Privat
Unfallversicherung/ IV/MVG	Name/Sitz	_____			Unfalldatum
	Unfall-Nr.	_____	Allgemein	Halbprivat	Privat

Bitte beachten Sie die Rückseite

Ihr Leistungsniveau im Sport

Bitte kreuzen Sie Ihr Leistungsniveau an.	Kein Sport	0
	Gesundheitssportler/-in (1–2 x/Woche)	9
	Breitensportler/-in (regelmässig bis 3 x/Woche)	8
	Leistungssportler/-in mit Wettkampf	7
	Anderer Spitzensport	6
	Spiel-Liga 1. oder 2. Liga	5
	Spiel-Liga Nati A oder B	4
	Leistungssport mit Junioren-Nationalmannschaft	3
	Leistungssport mit Nationalmannschaft	2
	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. Ausserdem erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass die Rechnung meiner Untersuchung direkt der Krankenkasse gestellt wird.

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

Wird ein Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt, werden die Kosten privat verrechnet.

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

Datum _____

Unterschrift _____