

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	_____	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

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 befassen 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.

Datum _____

Unterschrift _____