

Personalien

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Si prega di scrivere in stampatello/Veuillez remplir en caractères d'imprimerie/Please print in capital letters

Name Cognome Nom Last Name		Vorname Nome Prénom First name	
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Date of birth	Geschlecht Sesso Sexe Gender	<input type="checkbox"/> weiblich femmina féminin female	<input type="checkbox"/> männlich maschio masculine male
Zivilstand Stato civile Etat civil Marital status			
Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern) Cognome e nome die tutori (se si tratta di bambini) Nom et prénom du tuteur officiel (ans le cas d'un enfant) Family name and forename of parent or legal guardian (only fill in if patient is a minor)			
Adresse Indirizzo Adresse Address	Strasse / Strada / Rue / Street	PLZ	Wohnort / Località / Localité / City
			Land / Paese / Land / Country
Telefon Privat Telefono privato Téléphone privé Telephone number	Mobile Cell phone		Nationalität Nazionalità Nationalité Nationality
E-Mail			
Beruf Professione Profession Profession	Arbeitgeber Datore li lavoro Employeur Employer	Tel. Tel. Tél. Tel.	
Nächste(r) Angehörige(r) Parente prossimo Plus proche parent Nearest relative			
Zuweisende(r) Arzt/ Ärztin medico curante Adressé par le docteur Referring doctor	Hausarzt/ -ärztin Medico di famiglia Médecin de famille General practitioner		
Kostenträger für ambulante Behandlung			
<input type="checkbox"/> Krankenkasse Cassa malati Caisse maladie Health insurance	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung Ass. infortuni Ass. accidents Accident insurance	<input type="checkbox"/> Selbstzahler Conto privato Compte privé Self-paying patient	
Krankenkasse / Versicherung Cassa malati / assicurazione Caisse maladie / assurance Health insurance	Sektion und Mitglied-Nr. Sezione e N. d'assicurato Section et N. d'assuré Branch and membership number		
Kostenträger für Spitalbehandlung			
Allgemeine Abteilung Sezione generale en chambre commune General insurance	<input type="checkbox"/>	Halbprivate Abteilung Sezione semiparticolare en chambre semi-privée Semi-private insurance	<input type="checkbox"/>
		Private Spitalversicherung Sezione particolare en chambre privée Private insurance	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Selbstzahler Conto privato Compte privé Self-paying patient
<p>Informationen aus Ihrer Krankengeschichte können helfen, mehr über Erfolge und Misserfolge in der Prävention sowie über die Erkennung und Behandlung von Krankheiten zu verstehen. Dürfen wir Ihr Patientendossier zu einem späteren Zeitpunkt durch Mitarbeitende der Klinik im Park wissenschaftlich sowie zur Qualitätssicherung auswerten? Die Weiterverwendung wie auch die Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt in jedem Fall in verschlüsselter Form und unter Berücksichtigung aller geltenden Datenschutzbestimmungen (der Codierungs-Schlüssel bleibt in den Praxen des HerzGefässZentrums).</p> <p>Information from your medical history may help to reach a better understanding in the fields of prevention and treatment of diseases. May we use your medical records for future scientific studies and quality insurance purposes? Your data will under all circumstances be encoded. Usage is in strict compliance with all applicable data protection laws.</p> <p>Ich bin damit einverstanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>I hereby authorize utilization of my data:</p>			
<p>Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano. J'autorise mon médecin à demander les dossiers médicaux à mon sujet. I hereby authorize release of medical records needed for optimal treatment.</p>			
Datum Data/Date/Date	Unterschrift Firma/Signature/Signature		