

## Stammdaten Patienten

Bitte am OP-Tag Krankenkassenkarte mitnehmen

Durch den Patienten / die Patientin auszufüllen und **vor** dem Eingriff einsenden an: per E-Mail [empfang@mz-brugg.ch](mailto:empfang@mz-brugg.ch) / per Fax 056 462 61 62 / per Post Medizinisches Zentrum Brugg AG, Fröhlichstrasse 7, 5200 Brugg. Besten Dank.

Krankheit       Unfall      Eingriffsdatum: \_\_\_\_\_

Blutverdünner       ja       nein

Frau       Herr      E-Mail: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte (bis 18 Jahre): \_\_\_\_\_

Name/Telefon Angehörige: \_\_\_\_\_

Kostenträger:       Allgemein       Halbprivat       Privat       Selbstzahler

Krankenkasse:  
(Allgemein)      \_\_\_\_\_      Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Karten-Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkasse:  
(Halbprivat/Privat)      \_\_\_\_\_      Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Unfallversicherung:      \_\_\_\_\_      Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Ort:      \_\_\_\_\_      Unfall-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Arbeitgeber:      \_\_\_\_\_      Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Bei Unfall bitte ebenfalls Krankenkasse und Versicherten-Nummer ausfüllen.**

Gewicht in kg: \_\_\_\_\_ Grösse in cm: \_\_\_\_\_

Allergien: (bitte Allergiepass  
am Eintrittstag mitbringen) \_\_\_\_\_

Sonstiges:  
(Ängste etc.) \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Arzt MZB: \_\_\_\_\_

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. Ich ermächtige das MZB, den Krankenkassen/Versicherungen die zur Feststellung der Leistungspflicht notwendigen Auskünfte zu erteilen (ICD-10/CHOP) und die Angaben verschlüsselt an das Bundesamt für Statistik weiterzugeben. Bei gewissen Krankenkassen/Versicherungen wird die Rechnung direkt elektronisch übermittelt. Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung direkt an die Krankenkasse gesendet wird («Tiers payant»).

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_