

## Stammdaten Patienten

Bitte am OP-Tag Krankenkassenkarte mitnehmen

Durch die Patientin / den Patienten auszufüllen. 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:      \_\_\_\_\_      Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 (Allgemein)      \_\_\_\_\_      Karten-Nr. \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse:      \_\_\_\_\_      Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 (Halbprivat/Privat)      \_\_\_\_\_      Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Unfallversicherung:      \_\_\_\_\_      Unfall-Datum: \_\_\_\_\_  
 Ort:      \_\_\_\_\_      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: \_\_\_\_\_