

GastroPraxis Enge
Dr. med. Klaus Wehr
Lavaterstrasse 40

8002 Zürich

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Anbei erhalten Sie wichtige Unterlagen für Ihre geplante Dickdarmspiegelung in unserer Praxis.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, alle Unterlagen sorgfältig durchzulesen, die Formulare auszufüllen und zu unterschreiben. Bringen Sie bitte die Unterlagen und Ihre Krankenkassenkarte am Untersuchungstag mit.

Wichtige Hinweise zur Untersuchung

Nach einer Untersuchung mit Sedation (Schlafmittel) dürfen Sie **kein Fahrzeug** (Auto, Roller, Velo) führen. Wir empfehlen, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen oder sich von einer Begleitperson abholen zu lassen.

Unsere Praxis befindet sich in der Kernzone Zürich-Stadt. Bitte beachten Sie, dass **keine Patientenparkplätze** zur Verfügung stehen.

Termin und Absagebedingungen

Ihr Termin ist verbindlich für Sie reserviert. Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte so früh wie möglich, idealerweise **48 Stunden vor einer Dickdarmspiegelung**. So ist es uns möglich den Termin an andere Patientinnen und Patienten weiterzugeben.

Kurzfristige Absagen oder Nichterscheinen können mit einer Ausfallgebühr verrechnet werden.

Bitte beachten Sie: Unsere Praxis ist am Wochenende geschlossen. Absagen, die uns am Wochenende erreichen, gelten als am Montag eingegangen.

Telefonische Erreichbarkeit: Montag – Freitag: 08:00–11:00 Uhr und 14:00–16:00 Uhr

☎ 044 – 201 15 55

✉ gastropraxis.enge@hin.ch

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Rücksichtnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Anmeldeformular für Patient:innen

Bitte GUT LESBAR ausfüllen und gegebenenfalls korrigieren

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ/ Ort:
Geburtsdatum:	Tel/ Mobile:
	E-Mail*:
Versicherung:	
Vers.-Nr:	Hausarzt/ärztin erhält Bericht:
Karten-Nr.:	Zuweisung von erhält Bericht:
AHV-Nr:	<input type="checkbox"/> Selbständige Anmeldung

- Ich bin mit der elektronischen Übermittlung der Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant)** einverstanden.
- Ich bin mit der elektronischen Übermittlung der Rechnungskopien an mich einverstanden.

Die Arztrechnungen werden aus Effizienz- und Sicherheitsgründen über ein spezialisiertes Partnerunternehmen (MediData) an Patient:innen und Versicherer verschickt. Die elektronische Übermittlung an Patient:innen erfolgt unter Verwendung der E-Mail-Adresse und Mobilnummer. Die elektronisch übermittelten Patientendaten werden von MediData keiner materiellen Prüfung unterzogen. Die Sicherheitsstandards sind analog E-Banking, sodass Daten unterwegs nicht eingesehen werden können.

- Bitte erinnern Sie mich an meinen nächsten fälligen Kontrolltermin. (Wenn nicht gewünscht, bitte durchstreichen).

- Ich wünsche eine Berichtskopie per E-Mail. Meine E-Mail Adresse habe ich überprüft und korrekt angegeben. Sofern keine gesicherte E-mail-Adresse vorliegt, bin ich auch mit einer unverschlüsselten Übermittlung einverstanden und mir der Risiken bewusst. Die geltenden Datenschutzbestimmungen sind mir bekannt*.

Mit meiner Unterschrift erteile ich dem/der Arzt/Ärztin die Erlaubnis:

- die für die Versicherungsdeckung, Kostengutsprachen sowie Rechnungsstellung erforderlichen Daten beim Krankenversicherer (u.a. mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren) abzufragen;
- die für die Rechnungsstellung und ggfs für das Inkasso erforderlichen Daten an die damit befassten Instanzen weiterzuleiten;
- medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, medizinische Ergebnisse und Daten dem nachbehandelnden Arzt/Ärztin sowie an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, Pathologieinstitute) zuzusenden.

Ich (bzw. meine gesetzliche Vertretung) erkläre mit der Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt/ die Ärztin meine Rechnungen elektronisch via dem MediData-Netz an den Versicherer und – bei entsprechender Einwilligung – elektronisch an mich (bzw. meine gesetzliche Vertretung) übermittelt.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

*Die Bearbeitung Ihrer Personendaten richtet sich nach der aktuellen Datenschutzerklärung der Ärztin/des Arztes vom 01.09.2023 Diese kann in der Praxis eingesehen und bezogen werden.

**Tiers payant: Arztrechnung direkt an Ihre Versicherung: Als Patient:in bezahlen Sie die Arztrechnung nicht selber. Ihr Arzt oder Ihre Ärztin schickt die Arztrechnung direkt an Ihre Krankenversicherung. Der Krankenversicherer überweist dem Arzt oder der Ärztin den geforderten Betrag und sendet Ihnen eine Rechnung über Ihren Kostenanteil (Franchise, Selbstbehalt, nicht gedeckte Kosten). Sie haben Anspruch auf eine Rechnungskopie.