

PHYSIOPUNKT AUW

Patientenaufnahme / Erstbehandlung

Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Mit * gekennzeichnete Angaben benötigen wir für Patientenadministration, Behandlung, Abrechnung oder Terminorganisation.

1. Personalien

Vorname * _____ Nachname * _____
Geburtsdatum * _____ Geschlecht * ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Strasse / Nr. * _____ PLZ / Ort * _____

2. Kontakt

Mobiltelefon * _____ E-Mail * _____

Mobilnummer und E-Mail verwenden wir insbesondere für Terminbestätigungen und Terminerinnerungen.
Falls Sie einen dieser Kontaktwege nicht nutzen können, sprechen Sie uns bitte an.

3. Versicherung / Kostenträger

Krankenkasse / Versicherung _____ KVG-Kartenummer (bei KVG) _____
AHV-Nr. (falls vorhanden) _____ Zusatzversicherung / Modell _____

4. Behandlungsgrund / Abrechnungsgrundlage

Abrechnung / Grundlage * ☐ KVG (Krankheit) ☐ UVG (Unfall) ☐ IV ☐ MV
☐ VVG / Zusatzversicherung ☐ Privat / Selbstzahler
Ärztliche Verordnung (bei KVG / UVG / MV / IV) ☐ vorhanden ☐ wird nachgereicht ☐ nicht zutreffend

5. Nur bei Unfall / UVG ausfüllen

Unfalldatum * _____ Unfallversicherung * _____
Unfall-/Schadennummer _____ Arbeitgeber _____
Unfallmeldung erfolgt? ☐ Ja ☐ Nein ☐ unklar Zuständige Stelle / Kontakt _____

6. Datenschutz und Abrechnung

Die angegebenen Daten werden für Behandlung, Patientenadministration, Terminorganisation und Abrechnung bearbeitet.
Soweit für die Abrechnung erforderlich, können notwendige Daten an den zuständigen Versicherer sowie an von PHYSIOPUNKT AUW beauftragte Abrechnungsdienstleister (insbesondere Ärztekasse / Caisse des Médecins) übermittelt werden. Es werden nur die hierfür erforderlichen Daten verwendet.

☐ Ich habe die vorstehenden Informationen zur Datenbearbeitung und Abrechnung zur Kenntnis genommen.

7. Terminabsagen

Bitte beachten Sie: Termine müssen mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt oder verschoben werden.
Bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen wird eine Ausfallpauschale von CHF 75 verrechnet.

☐ Ich habe die Regelung zu Terminabsagen und zur Ausfallpauschale zur Kenntnis genommen.

8. Bestätigung

Ort / Datum _____ Unterschrift Patient/in _____

Hinweis: Bei VVG-/Privatleistungen hängt eine allfällige Rückerstattung durch eine Zusatzversicherung vom individuellen Versicherungsvertrag und der Anerkennung durch den Versicherer ab und ist nicht garantiert.