

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 / per Fax 056 462 61 62 / per Post Medizinisches Zentrum Brugg AG, Fröhlichstrasse 7, 5200 Brugg.
Besten Dank.

| | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Unfall | Eingriffsdatum: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Herr | E-Mail: | _____ |
| Name: | _____ | Vorname: | _____ |
| Strasse/Nr.: | _____ | PLZ/Ort: | _____ |
| Telefon: | _____ | Mobile: | _____ |
| Geburtsdatum: | _____ | Beruf: | _____ |
| Erziehungsberechtigte (bis 18 Jahre): | | _____ | |
| Name/Telefon Angehörige: | | _____ | |

| | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Kostenträger: | <input type="checkbox"/> Allgemein | <input type="checkbox"/> Halbprivat | <input type="checkbox"/> Privat | <input type="checkbox"/> 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 Eintritts- tag 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: _____