

Stammblatt & Einverständniserklärung (PID:)

Anrede / Titel		Gesetzl. Vertretung <i>Name, Vorname, Tel.</i>	
Name / Vorname *		Hausarzt/-ärztin <i>Name, Vorname, Ort</i>	
Geburtsdatum *		Zuweiser/-in <i>Name, Vorname, Ort</i>	
Strasse / Hausnr. *		Notfallkontakt <i>Name, Vorname, Tel.</i>	
PLZ / Ort *		Krankenkasse	
Telefon Privat		Zusatzversicherung	
Telefon Mobil		Unfallversicherung	
E-Mail¹⁾		Versicherungsklasse <i>Bei stationärer Behandlung</i>	<input type="checkbox"/> Privat (<i>manuell eintragen</i>) <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Allgemein

* Pflichtfelder ¹⁾ Ich erkläre mich damit einverstanden, Korrespondenz per E-Mail zu erhalten.

Die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten dürfen an die Kranken- oder Unfallversicherung weitergeleitet werden. Bei Inkassofällen dürfen Rechnungsdaten an die damit beauftragte Institution und die zuständigen Behörden übermittelt werden. Unsere Ärztinnen und Ärzte können aus Qualitätsgründen Originalpräparate verschreiben, die von Ihrer Schweizer Krankenversicherung unter Umständen mit einem Selbstbehalt von 20% statt 10% berechnet werden.

Ich ermächtige die Vista Holding AG, inkl. der angegliederten Vista Augenpraxen und Kliniken* und die Augenarztpraxis Fleischlin AG, meine persönlichen und medizinischen Daten zu speichern und zu bearbeiten, sofern dies notwendig ist und der Vermeidung unnötiger Untersuchungen und Kosten dient. Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse dem/der Zuweiser/-in oder Hausarzt/-ärztin mitgeteilt werden. Zuständig sind die Gerichte am Sitz der medizinischen Einrichtung. Anwendbar ist ausschliesslich Schweizer Recht.

Ort, Datum

Unterschrift