

Tagesklinik Ambimed
Klingentalstrasse 9
4057 Basel
Tel.: 041 61 681 14 14
E-Mail: ambimed.basel@hin.ch

Persönliche Angaben		Patientennummer: [[Patient.Pin]]	
Nachname: [[Patient.Name]]		Geburtsdatum: [[Patient.Birthday]]	
Vorname: [[Patient.Firstname]]		Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D	
Strasse:		PLZ:	Ort:
Telefon: [[Patient.PhoneP]]	Mobil: [[Patient.PhoneM]]	E-Mail:	
Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	Name der Krankenkasse: [[Patient.kvg.name]]	Versicherungsnummer: [[Patient.kvg.kvgno]]	

Gesetzliche Vertretung		Institution	
Nachname:		Vorname:	
Strasse:		PLZ:	Ort:
Telefon:	Mobil:	E-Mail:	

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, dem Zugriff auf die Daten durch **die Tagesklinik Ambimed** sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen der **Tagesklinik Ambimed** und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der **Tagesklinik Ambimed** ausschliesslich über gesicherter Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Datum	
Ort	
Unterschrift der Patientin/des Patienten oder des gesetzlichen Vertretens	