

## Personalienblatt / Personal Data

Deutsch / English

Name, Vorname / name, first name	Geburtsdatum / date of birth
Adresse / adress	PLZ und Ort / postcode and city
E-Mail	Telefon / phone
Minderjährige: gesetzlicher Vertreter / minors: legal guardian	Hausarzt / family doctor
Beruf / occupation	Arbeitsstunden pro Woche / working hours per week
Arbeitgeber, Ort / employer, place	Krankenkasse / health insurance

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den folgenden allgemeinen Geschäftsbedingungen einverstanden:**

Die Patientenakte wird von der Permanence Bahnhof Luzern MedCenter AG elektronisch geführt und den behandelnden Ärzt\*innen und dem Hilfspersonal für die Behandlung zur Verfügung gestellt sowie bei Bedarf mit den zuweisenden und nachbehandelnden Ärzt\*innen und den anderen Praxen der MedCenter Unternehmensgruppe ausgetauscht. Die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten werden sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie den zuständigen staatlichen Instanzen weitergeleitet. Die Patientin/der Patient hat jederzeit das Recht, eine Kopie der Patientenakte zu verlangen.

**Einverständniserklärung zum E-Mail-Versand von Patientendaten**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Korrespondenz über die oben angegebene E-Mail-Adresse einverstanden und willige ein, dass die Permanence Bahnhof Luzern MedCenter AG mir auch personenbezogene Daten und Daten, die dem Arztgeheimnis unterliegen, per unverschlüsselte E-Mail zustellen kann. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails einhergehen, sind mir bekannt und ich übernehme die volle Verantwortung dafür.

**With my signature I agree to the following general terms and conditions:**

The patient file is kept electronically by the Permanence Bahnhof Luzern MedCenter AG and made available to the treating doctors and the support staff for treatment and, if necessary, exchanged with the referring and follow-up doctors and the other practices of the MedCenter group. The data required for invoicing will be forwarded to the invoicing institution as well as to the institution commissioned with any collection or the lawyer involved, as well as the responsible state authorities. The patient has the right to request a copy of the patient file at any time.

**Declaration of consent for sending patient data by e-mail**

With my signature I agree to the correspondence via the e-mail address given above and I agree that the Permanence Bahnhof Luzern MedCenter AG can also send me personal data and data that is subject to medical confidentiality by unencrypted e-mail. I am aware of the risks associated with sending such emails and I take full responsibility for them.

Bleiben Sie über Neuigkeiten aus der Praxis und der Welt der Medizin informiert und abonnieren Sie unseren Newsletter (Versand ca. 4x jährlich, Versand nur an Personen, die das 16. Altersjahr beendet haben):

**Gerne möchte ich den Newsletter abonnieren**

Datum / date:

Unterschrift / signature:

## Données personnelles / Dati personali

Français / Italiano

nom, prénom / cognome, nome	date de naissance / data di nascita
adresse / indirizzo	domicile / residenza
e-mail	téléphone / telefono
mineurs: nom du tuteur légal / minori: nome del tutore legale	médecin de famille / medico di famiglia
profession / professione	heures travaillées par semaine / ore lavorate a settimana
employeur, adresse / datore di lavoro, indirizzo	caisse maladie / assicurazione sanitaria

**Avec ma signature, j'accepte les conditions générales suivantes:**

Le dossier patient est géré électroniquement par la Permanence Bahnhof Luzern MedCenter AG et mis à la disposition des médecins traitants et du personnel de soutien pour traitement et, si nécessaire, échangé avec les médecins référents et de suivi et les autres entreprises de la MedCenter Groupe. Les données nécessaires à la facturation seront transmis à l'institution de facturation ainsi qu'à l'institution chargée de toute collecte ou à l'avocat concerné, ainsi qu'aux autorités étatiques compétentes. Le patient a le droit de demander une copie du dossier patient à tout moment.

**Déclaration de consentement pour l'envoi des données du patient par e-mail**

Avec ma signature, j'accepte la correspondance par l'adresse e-mail indiquée ci-dessus et j'accepte que la Permanence Bahnhof Luzern MedCenter AG puisse également m'envoyer des données personnelles et des données soumises au secret médical par e-mail non crypté. Je suis conscient des risques liés à l'envoi de tels e-mails et j'en assume l'entière responsabilité.

**Con la mia firma accetto i seguenti termini e condizioni generali:**

La cartella clinica del paziente è gestita elettronicamente dalla guardia medica Permanence Bahnhof Luzern MedCenter AG e messa a disposizione dei medici curanti e del personale di supporto per il trattamento e, se necessario, scambiata con i medici di riferimento e di follow-up e gli altri ambulatorio del MedCenter gruppo. I dati necessari per la fatturazione saranno trasmessi all'istituto di fatturazione nonché all'ente incaricato dell'eventuale incasso o all'avvocato coinvolto, nonché alle autorità statali competenti. Il paziente ha il diritto di richiedere una copia della cartella clinica in qualsiasi momento.

**Dichiarazione di consenso per l'invio dei dati del paziente tramite e-mail**

Con la mia firma accetto la corrispondenza tramite l'indirizzo e-mail sopra indicato e acconsento che la Permanence Bahnhof Luzern MedCenter AG possa inviarmi anche dati personali e dati soggetti a segreto medico tramite e-mail non crittografata. Sono consapevole dei rischi associati all'invio di tali e-mail e me ne assumo la piena responsabilità.

Bleiben Sie über Neuigkeiten aus der Praxis und der Welt der Medizin informiert und abonnieren Sie unseren Newsletter (Versand ca. 4x jährlich, Versand nur an Personen, die das 16. Altersjahr beendet haben):

**Gerne möchte ich den Newsletter abonnieren**

date / data:

signature / firma: