

## Personalienblatt / Personal Data

Deutsch / English

Name / family name	Vorname / first name
Adresse / adress	PLZ und Ort / postcode and city
Geburtsdatum / date of birth	Minderjährige: gesetzlicher Vertreter / minors: legal guardian
Telefon / phone	E-Mail
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 Praxis Mall of Switzerland 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. Nicht eingehaltene Arzttermine werden mit einer Versäumnisgebühr von CHF 50.00 verrechnet, sofern diese nicht mind. 24 Stunden im Voraus abgesagt werden.

**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 Praxis Mall of Switzerland 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 Praxis Mall of Switzerland 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. Medical appointments that are not kept will be offset against a late fee of CHF 50.00, provided they are not canceled at least 24 hours in advance.

**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 Praxis Mall of Switzerland 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 / cognome	prénom / nome
adresse / indirizzo	domicile / residenza
date de naissance / data di nascita	mineurs: nom du tuteur légal / minori: nome del tutore legale
téléphone / telefono	e-mail
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 Praxis Mall of Switzerland 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. Les consultations non respectées seront compensés par des frais de retard de CHF 50.00, sauf qu'ils ne sont pas annulés au moins 24 heures à l'avance.

### 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 Praxis Mall of Switzerland 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 del paziente è gestita elettronicamente dal ambulatorio Praxis Mall of Switzerland 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. Gli appuntamenti medici non rispettati saranno compensati con una penale di CHF 50.00 per il ritardo, a meno che non vengano annullati con almeno 24 ore di anticipo.

### 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 Praxis Mall of Switzerland 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: