

Kostengutsprache zur podologischen Versorgung durch die Podologie Wolfensberger

Bitte deutlich und mit Blockschrift ausfüllen

Name Einrichtung: _____

NAME		VORNAME	
ADRESSE		TELEFON	
GEBURTSDATUM		GESCHLECHT	☐ männlich ☐ weiblich
ABTEILUNG		ZIMMER-NR.	

Kostengutsprache	☐ Ich bin mit einer einzelnen podologischen Behandlung durch den Podologen einverstanden. (Kostenrahmen 77.- bis 96.-) ☐ Ich bin mit einer dauerhaften Kostengutsprache für die podologischen Behandlungen durch den Podologen bis auf Widerruf einverstanden. (maximal 12 Behandlungen pro Jahr)
Adresse Rechnungs-Empfänger	Name/Vorname: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____ ☐ Gesetzlicher Beistand ☐ Amt ☐ Angehöriger/Angehörige
Hinweise für den Podologen die Podologin	_____ _____ _____ _____

Gutsprache gültig ab	__ : __ : __
-----------------------------	--------------

ORT/DATUM	UNTERSCHRIFT PATIENT 
ORT/DATUM	UNTERSCHRIFT GESETZLICHER VERTRETER 

Podologie Wolfensberger
 Ramona Hader
 Industriestrasse 4a
 8604 Volketswil
www.podologie-wolfensberger.ch

Bei Rückfragen steht Ihnen die Podologie Wolfensberger unter der Nummer **044/825 09 02** zur Verfügung.

Diese Formular bitte an die Podologie Wolfensberger retournieren.

Podologie Wolfensberger
Industriestrasse 4a
8604 Volketswil

Datenschutz, Gerichtstand und anwendbares Recht

- Der behandelnde Podologe darf seiner Vorgesetzten und etwaigen Vertretungen alle notwendigen Daten für die Behandlung übermitteln, die als notwendig erachtet werden.
- Im Falle einer ärztlichen Überweisung, dürfen die notwendigen Daten übermittelt werden.
- Ich bin einverstanden, dass zu Lehrzwecken, Lernende der Podologie Wolfensberger sich über mein Krankheitsbild und meinen Behandlungsbedarf informieren können und das unter Aufsicht des leitenden Podologen Behandlungen wie in der Podologie Wolfensberger üblich durchgeführt werden dürfen.
- Der Umgang mit gesundheitsbezogenen Patientendaten beschränkt sich auf Personen, die diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgabe benötigen.
- Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass der Gerichtstand Uster ist und dass schweizerisches Recht zur Anwendung gelangt.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/gesetzlicher Vertreter)

X

Ich bestätige, dass ich diese Informationen verstanden habe, allfällige Fragen beantwortet wurden und erkläre mich mit der Weiterverwendung meiner Daten einverstanden, nachdem mir eine angemessene Bedenk Frist eingeräumt wurde.

☐ Ja

☐ Nein

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/gesetzlicher Vertreter)

X