|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Ledigname |
|  |  |
| Geburtsdatum  | **Zivilstand** |
|  |  |
| Name und Vorname des gesetzl. Vertreters *(plus Adresse, und Telefonnummer falls nicht identisch mit ihrer*) |
|  |  |
|  |  |
| Adresse | **Tel. Festnetz** |
|  |  |
| PLZ Wohnort | **Tel. Mobile** |
|  |  |
| Nationalität | **Tel. Geschäft** |
|  |  |
| Beruf, Arbeitgeber | **E-Mail** |
|  |  |
| Zuweisender Arzt/Ärztin |  |
|  |  |
| Hausarzt | **Krankenkasse** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Rechnungsstellung**Die Rechnung wird per Post an Sie oder ihren gesetzlichen Vertreter zugestellt. Der beiliegende Rückforderungsbeleg muss umgehend kontrolliert werden. Bei Fragen oder Beanstandungen kontaktieren Sie uns bitte umgehend. Die Rechnung muss innerhalb der 30-tägigen Zahlungsfrist von Ihnen beglichen werden. Den Rückforderungsbeleg können Sie an die Krankenkasse weiterleiten. |

|  |
| --- |
| **Datenschutz**Durch das unterzeichnen dieses Formulars erteilen ich die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten und medizinische Informationen, sowohl an die zuständige Krankenkasse, die zuständigen Versicherungen, als auch an die, mit einem allfälligen Inkasso beauftragten, Institutionen und zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Die Frauenarztpraxis Willisau AG ist hiermit ermächtigt, medizinische Akten über mich einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Frauenarztpraxis Willisau AG meine Krankenakte in elektronischer Form führen darf oder führen lassen kann. Es ist mir bewusst, dass die Arztpraxis über eine geschützte Emailadresse kommuniziert. Ich als Patientin aber zumeist keine geschützte Emailadresse besitze. Deshalb trage ich die volle Verantwortung für meinen Mailkontakt.  |

|  |
| --- |
| **Zahlungsverzug**Komme ich meiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach, bzw. verzichte ich auf einen begründeten Einwand, so gerate ich mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnungen in Verzug. Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen. Ich die trage die Kosten des Zahlungsverzugs. **Ausserdem bin ich darüber informiert, dass ich Termine mind. 24 h im Voraus absagen muss, ansonsten wird mir eine Rechnung im Wert von CHF 50.- zugestellt.**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Unterschrift: |
|  |  |

