



ZENTRUM FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE & BERATUNG ZPPB

Dr. med. Rolf Köster

Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie
Zertifizierter Psychotraumatheapeut DeGPT
www.zppb.ch rolf.koester@hin.ch

Zentrum Sunne-Märt, Sonnengutstr. 2
CH-5620 Bremgarten AG
Tel. 056 641 19 19

Anmeldeformular

(Bitte in Blockschrift ausfüllen!)

Name* **Vorname***

Geburtsname **Geschlecht** m f andere

Geburtsdatum* **Zivilstand** ledig verh. getr. gesch. verw.

Strasse / Nr.* **PLZ / Ort***

Bei unter 18Jährigen oder Verbeiständeten: Namen, Vornamen und Adresse des Erziehungsberechtigten / des Beistands:

.....

Telefon privat **Tel. Geschäft**

Mobiltelefon* **E-Mail***

Nationalität **(Aufenthaltsbewilligung Typ)**

Beruf **Hausarzt**

Ich bin Asylsuchende(r): ja nein
Ich werde von der Sozialbehörde unterstützt: ja nein (Gemeinde:)
Gegen mich laufen Betreibungsverfahren: ja nein

Wer zahlt die Behandlung? Krankenversicherung Unfallversicherung Selbstzahler

Ich bin in einem alternativen Versicherungsmodell (HMO, Hausarztmodell, Telmed etc.) ja nein

Wenn ja, wer ist der Zuweiser / Ort:

Krankenversicherung* **Vers.-Nr.**

Krankenversicherungskarte Nr.* (20stellig) 8075

(Unfallversicherung / Ort **Unfall-Nr.**

Unfalldatum)

Wichtige zusätzliche Informationen oder Anmerkungen

.....
.....

- Bei mir wurden bereits folgende psychiatrische Diagnosen gestellt:

Weitere Angaben:

- Ich möchte aus folgendem Grund in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung kommen:
.....
.....

- Mein Anliegen ist:

- Ich war bereits früher in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung: Ja Nein
Wenn ja, wann? Bei wem?

- Ich war bereits in stationärer Behandlung in folgenden psychiatrischen / psychotherapeutischen / psychosomatischen Kliniken:
Kliniken (Jahr)

Versäumte Konsultationen

Die Absage einer vereinbarten Konsultation sollte möglichst frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt erfolgen. Wenn der Termin später oder gar nicht abgesagt wird, wird die Konsultation privat verrechnet. Kurzfristige Absagen aufgrund akuter Erkrankungen oder Unfälle sind von dieser Regelung ausgenommen.

Datenschutz

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedenrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur meine Adressdaten und den Gesamtbetrag der Rechnung, aber keine Daten, welche Rückschlüsse auf die medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Leistungserbringer ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Überdies bin ich damit einverstanden, dass der / die Behandelnde meine Krankenakte auch in elektronischer Form führen darf oder führen lassen kann. Ich akzeptiere mit der Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnungsstellung direkt an die Krankenkasse).

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 Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beziehen. Ich trage die Kosten des Zahlungsverzugs. Details zu den Gebühren bei Zahlungsverzug finden sich unter folgendem Link: www.aerztekasse.ch/de/patienteninfo/faq/faq.html

Rechnungskopie

- Ich bin damit einverstanden, dass mir die Zugangsdaten für das abgesicherte Portal der Ärztekasse an meine E-Mail-Adresse gesandt werden. Auf diesem Portal kann ich die Kopie meiner Rechnung einsehen, die an meine Versicherung gesandt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)