

Einverständniserklärung/Informationen Erstbesuch

	Partnerin	Partner
Vorname/Name		
Adresse		
Geb. Datum		
Krankenkasse		

- Wir sind einverstanden, dass das Kinderwunschzentrum Admira medizinische Akten über uns zur Einsicht einfordern und in unserem Interesse auch weiterleiten darf.
 Ja Nein
- Wir sind einverstanden, dass uns medizinische Informationen, Befunde und Vorgehen auf unsere E-Mail-Adresse (bei Anmeldung angegeben) gesendet werden dürfen.
 Ja Nein
- Wir sind:
 miteinander verheiratet
 leben in einer stabilen Partnerschaft und sind **nicht** mit einer anderen Person verheiratet oder in Scheidung lebend.
- Wir sind einverstanden, dass der/die Partner-/in über unsere Untersuchungsergebnisse informiert werden darf.
 Ja Nein
- Wir sind einverstanden, dass die Rechnungen von kassenpflichtigen Leistungen **direkt** unserer Krankenkasse elektronisch übermittelt werden dürfen (Tiers payant).
 Ja Nein
- Bitte überprüfen Sie vor Ihrem Erstgespräch Ihre persönliche Versicherungssituation. Insbesondere bei Telmed-, HMO- oder anderen Hausarztmodellen empfehlen wir Ihnen, vorgängig die entsprechenden Instanzen zu informieren.
- Gewisse Kosten für Hormonbehandlungen können von den Steuern abgesetzt werden. Wir empfehlen Ihnen, sich bei Ihrer Steuerverwaltung oder Ihrem Treuhänder zu informieren.
- Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir Medikamente, die das Admira Kinderwunschzentrum verlassen haben, aufgrund kantonaler Richtlinien nicht mehr rückvergüten können.

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir, die oben genannten Punkte gelesen und verstanden zu haben:

Unterschrift Partnerin

Unterschrift Partner

Name	Dokumenten-ID	Autor/Prüfer	Datum	Version
IC Erstbesuch	Adm/	DRE / MFA	20.07.2021	4

Einverständniserklärung / Informationen Erstbesuch Admira

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.

Dritte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen.

Zahlungsverzug:

Kommt der Patient seiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichtet er auf einen begründeten Einwand, so gerät er mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug.

Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen (frühestens 70 Tage nach Rechnungsstellung).

Der Patient trägt die Kosten des Zahlungsverzugs.

Kosten bei Zahlungsverzug:

Bearbeitungsgebühr (frühestens ab Tag 70 nach Rechnungsdatum, bei Übergabe an die Inkasso Med AG) abhängig von der Forderungshöhe,

Maximalbetrag in CHF: 50 (bis 20);
70 (bis 50);
100 (bis 100);
120 (bis 150);
149 (bis 250);
195 (bis 500);
308 (bis 1'500);
448 (bis 3'000);
1'100 (bis 10'000);
1'510 (bis 20'000);
2'658 (bis 50'000);

6% der Forderung (ab 50'000).“

Anmerkungen:

Unterschrift Partnerin

Unterschrift Partner

Name	Dokumenten-ID	Autor/Prüfer	Datum	Version
IC Erstbesuch	Adm/	DRE / MFA	20.07.2021	4