

Patienten-Anmeldeformular

Bitte prüfen Sie die nachfolgenden Informationen auf ihre Richtigkeit. Wenn Daten nicht korrekt sind, bitte durchstreichen und ergänzen/korrigieren. Vielen Dank!

Name:		Name ledig:		Fall-ID:	
Vorname:		Geb.-Dat.:		Sprache:	
Adresse:		AHV-Nr.:		Konfession:	
PLZ/Ort:		Geschlecht:		Heimatort:	
Zivilrechtlicher Wohnort (Steuerdomizil):					
Land:		Zivilstand:		Ausländer, Geburtsort/Staat:	
Tel. Mobil:		Tel. Privat:		Tel. Geschäft:	
E-Mail:					
Behandlungsgrund:		<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Mutterschaft <input type="checkbox"/> Vorsorge		Voraussichtlicher Geburtstermin:	
Verfügen Sie über ein elektronisches Patientendossier (EPD)?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Für Anmeldung EPD bei Réception melden					

An welche angehörige Person oder Vertrauensperson kann sich das Spital notfalls wenden?

Ehepartner/in
 Lebenspartner/in
 Eltern
 Schwester/Bruder
 Tochter/Sohn
 Beistand

Name / Vorname:		Tel. Privat:	
Adresse / Ort:		Tel. Mobil:	

Welches sind Ihre behandelnden Ärzte?

Einweisender Arzt:	
Behandelnder Arzt:	
Hausarzt:	
Kardiologe:	
Gynäkologe:	

Wer wird für Ihre Behandlungskosten aufkommen? – Bitte Kranken- und Unfallversicherung angeben

Hinweis: Falls Sie Selbstzahler sind, ist vor Eintritt eine Anzahlung notwendig.

Krankenversicherung:		Vers. Nr.	
Unfallversicherung:		Vers. Nr.	
Zusatzversicherung: (falls eine stationäre Weiterbehandlung notwendig wäre)		Vers. Nr.	
Versicherungsdeckung: <input type="checkbox"/> Allg. Wohnkanton <input type="checkbox"/> Allg. ganze Schweiz <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat			

Wer ist Ihr Arbeitgeber? (Unfall bei Arbeitgeber / oder Krankenversicherung anmelden)

Arbeitgeber:		Ort:	
Beruf:		Unfalldatum:	



Rechnungskopie (standardmässig wird, bei Angabe der Email Adresse und Mobile Nummer, ein Link zur Ansicht/Download der Rechnungskopie versendet)

Ich wünsche keine Rechnungskopie Ich wünsche eine Rechnungskopie in Papierform

Datenschutz I: Einholen von Informationen bei vorbehandelnden Ärzten und Medizinalpersonen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Spitalverbund Ausserrhoden, die zur Durchführung der Behandlung notwendigen medizinischen Informationen/Berichte von vorbehandelnden oder zuweisenden Ärzten und Kliniken einholt. Die vorbehandelnden Medizinalpersonen sind von der beruflichen Schweigepflicht entbunden.

Datenschutz II: Weitergabe von Informationen an weiterbehandelnde Ärzte und Medizinalpersonen

Sie nehmen zur Kenntnis, dass wir Dokumente, Röntgenbilder und weitere Unterlagen, die vor, während und nach Ihrem Aufenthalt entstehen, dem Datenschutz entsprechend an die für die Behandlung beteiligten Stellen (Hausarzt, Versicherungen etc.) übermitteln. Falls Sie mit der Weitergabe Ihrer Daten nicht einverstanden sind, müssen Sie die Spitalärztin oder den Spitalarzt informieren.

Fotografier-, Film- und Tonaufnahmeverbot

Um die Privatsphäre von Mitarbeitenden, Patienten und Dritten zu schützen, ist das Fotografieren, Filmen und Erstellen von Tonaufnahmen in den Einrichtungen des SVAR sowie bei sämtlichen, den SVAR betreffenden dienstlichen Verrichtungen untersagt. Wir bitten Sie, auch Ihre Angehörigen und Besucher auf dieses Verbot hinzuweisen.

Rechnungsstellung / Vorauszahlung

Ich erteile dem Spitalverbund Ausserrhoden die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die entsprechende Verrechnungsstelle weiterzuleiten.

Lehnt der Kostenträger nachträglich eine volle Kostenübernahme ab, gilt der Patient als Selbstzahler.

Datum:

Unterschrift:

Spitalverbund Ausserrhoden
Spitalstrasse 6
CH-9100 Herisau
Tel. +41 (0)71 353 21 11
spitalherisau@svar.ch
Internet: www.spitalverbund.ch

