



Patienten-Anmeldeformular

bearbeitet/Vis. _____ Scan/Vis. _____

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: | | Nationalität: |
| Behandlungsgrund: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Vorsorge | | |
| Unmittelbarer Aufenthaltsort vor Eintritt: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> zu Hause mit Spitex <input type="checkbox"/> Altersheim <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> anderes Spital/Klinik <input type="checkbox"/> Rehabilitation <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Name/Ort/Institution _____ | | |
| Verfügen Sie über ein elektronisches Patientendossier (EPD)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Informationen hierzu erhalten Sie am Empfang |

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

| | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehepartner/in | <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in | <input type="checkbox"/> Eltern | <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder | <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn | <input type="checkbox"/> Beistand | <input type="checkbox"/> |
| Name / Vorname: | | | | Tel. Privat: | | |
| Adresse / Ort: | | | | Tel. Mobil: | | |
| E-Mail-Adresse: | | | | | | |

Welches sind Ihre behandelnden Ärzte?

| |
|------------------------------|
| Einweisender Arzt: |
| Behandelnder Arzt/Therapeut: |
| Hausarzt: |
| Kardiologe: |
| Gynäkologe: |
| Weitere: |

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 E-Mail-Adresse und Mobile Nummer, ein Link zur Ansicht/Download der Rechnungskopie versendet.

Ausnahme: Ich wünsche keine Rechnungskopie Ich wünsche eine Rechnungskopie in Papierform

**Datenschutz: Grundlegende Informationen zum Datenschutz finden Sie auf der SVAR-Homepage
<https://spitalverbund.ch/datenschutz/>**

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, Krebsregister 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

