



+100212369901009

Patienten-Anmeldeformular

bearbeitet/Vis. _____ Scan/Vis. _____

Bitte prüfen Sie die nachfolgenden Informationen auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit. 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"/> Zuhause <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 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						
<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:
Hausarzt:
Kardiologe:
Gynäkologe:
Weitere:

Freie Arztwahl bei halbprivat / privat Versicherung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis über die Kaderarztwahl gemäss dem Vor-/Aufklärungsgespräch. Bei einem Notfalleintritt erklären Sie sich mit der Behandlung durch die / den vom Spital bestimmte:n qualifizierte:n Kader-ärztin / -arzt einverstanden. Falls Sie mit der / dem zugeeilte:n Ärztin / Arzt nicht einverstanden sind, melden Sie dies rechtzeitig vor dem Spitaleintritt der zuständigen Klinik oder im Falle eines Notfalls frühestmöglich Ihrer / Ihrem behandelnden Ärztin / Arzt.



Wer ist Ihr Arbeitgeber? (Bei einem Spitalaufenthalt infolge Unfalls informieren Sie bitte Ihren Arbeitgeber/Versicherung)

Arbeitgeber:		Ort:
Beruf:	Unfalldatum:	

Wer wird für Ihre Behandlungskosten aufkommen?

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

Krankenversicherung:	Vers. Nr.
Krankenzusatzversicherung:	Vers. Nr.
Unfallversicherung:	Vers. Nr.
Unfallzusatzversicherung:	Vers. Nr.
Versicherungsdeckung: <input type="checkbox"/> Allg. Wohnkanton <input type="checkbox"/> Allg. ganze Schweiz <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat	

<u>Welche Spitalklasse wünschen Sie?</u> <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat
--

"Albergo" – Wünschen Sie ein Hotellerie-Zusatzangebot? Die Pauschalen werden pro Nacht verrechnet.

<input type="checkbox"/> 1-Bett	<input type="checkbox"/> 2-Bett	<input type="checkbox"/> Nein
	Zweierzimmer	Einzelzimmer
Allgemein Versicherte	CHF 200.00	CHF 395.00
Halbprivat Versicherte	CHF 200.00	

Wenn verfügbar, bieten wir Ihnen gegen Aufpreis die Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer an (inkl. entsprechendes Verpflegungsangebot Halbprivat/Privat). Bitte beachten Sie, dass bei Eintritt eine Anzahlung nötig ist.

Wünschen Sie den vollen Leistungsumfang (inkl. ärztliche Leistungen) einer höheren als der versicherten Klasse, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

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. Sofern keine vollständige Kostengarantie einer Krankenkasse/Versicherung vorliegt, ist bis zum Spitaleintritt oder zur Behandlung eine Vorauszahlung zu leisten. Wird die Kostenübernahme nicht rechtzeitig garantiert, oder lehnt der Kostenträger nachträglich eine volle Kostenübernahme ab, gilt der Patient als Selbstzahler.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

