

Anmeldung Patient Tagesklinik

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular zu prüfen, zu ergänzen und zu unterschreiben.

Eintrittsdatum: _____

Fallnummer: _____

Angaben zum Patient / zur Patientin

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ Tel. Privat _____

_____ Tel. Mobil _____

Ort _____ E-mail _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Nationalität _____ AHV-Nr. _____

Geburtsname _____ Arbeitgeber _____

Lebensmittel- oder medizinische Allergien _____

Ich habe ein elektronisches Patientendossier EPD Nein Ja, bei _____

Name und Telefon der Kontaktperson _____

Auszufüllen für Patienten, die minderjährig sind oder unter Vormundschaft stehen :

Name des gesetzlichen Vertreters _____

Angaben zu den Versicherungen

Grundversicherung (allgemein) _____

Versicherungskarte Nr. _____

Police Nr. _____

Zusatzversicherung _____

Klasse _____ Police Nr. _____

Auszufüllen, wenn es sich um einen Unfall handelt

Datum des Unfalls _____ Schadensfall Nr. _____

Angaben zu den Ärzten

Name und Vorname des Chirurgen/Spitalarztes _____

Name und Vorname des Hausarztes _____

Komfort Ambulant

Einige Versicherungen bieten zusätzliche Komfortleistungen während eines ambulanten Spitalaufenthalts. Auch wenn Sie keine solche Versicherung abgeschlossen haben, empfehlen wir Ihnen unser Angebot «Komfort plus».

Für weitere Informationen und Preise konsultieren Sie bitte die zu diesem Thema erhaltenen Unterlagen.

Ich buche das Tagespaket Komfort plus

→ Ich buche zusätzlich eine Übernachtung vor nach dem Eingriff (nur buchbar mit Tagespaket)

Bitte Seite drehen und auf der Rückseite unterschreiben

Allgemeine Aufnahmebedingungen (AAB) für Tagesklinik Swiss Medical Network

Kostenübernahme des Aufenthaltes

- Ein ambulanter Spitalaufenthalt wird von den Sozialversicherungen übernommen (KVG, UV, IV, MV).
- Eine Übernachtung in der Klinik aus medizinischen Gründen kann zu zusätzlichen Kosten führen, die ggf. von Ihrer eventuellen Spitalzusatzversicherung übernommen werden oder die ansonsten von Ihnen zu tragen wären.
- Die Klinik behält sich das Recht einer Kautionserhebung vor.
- Alle Leistungen, die nicht von der Versicherung übernommen werden, gehen zu Lasten des Patienten.

Freie Arztwahl

Der Patient bestätigt, dass er seinen behandelnden Arzt frei ausgewählt hat. Er berechtigt den behandelnden Arzt, weitere Berufskollegen beizuziehen, welche für den reibungslosen Ablauf des Krankenhausaufenthaltes erforderlich sind.

Datenübertragung

Der Patient ermächtigt seinen Arzt, dessen Assistenten und die an seiner Behandlung beteiligten Ärzte, Zugang zu allen dem Spital vorliegenden Analyse- und Untersuchungsergebnissen zu haben. Zu diesem Zweck entbindet der Patient die von den Ärzten benannten Leistungserbringer und deren Hilfspersonen von ihrer Schweigepflicht.

Der Patient ist damit einverstanden, dass die ihn betreffenden medizinischen Daten an die medizinische Kodierstelle des Spitals und an die Grund- und/oder Zusatzversicherung weitergegeben werden.

Wertsachen / Geldbeträge

Wir empfehlen Ihnen, keine Wertsachen mitzubringen. Die Klinik übernimmt keine Haftung für Verlust oder Diebstahl.

Patienten-Rechnungskopie

Eine elektronische Rechnungskopie wird über ein Online-Portal zur Verfügung gestellt, wofür Sie automatisch einen Link per E-Mail erhalten. Aus Datenschutzgründen ist eine Verifizierung mittels SMS-Code nötig. Wir benötigen für diesen Dienst zwingend Ihre Mobile-Nummer und E-Mail-Adresse. Alternativ kann weiterhin eine Rechnungskopie bei uns persönlich abgeholt werden.

Blutentnahme

Der Patient ist damit einverstanden, dass die Klinik ihm bei Bedarf Blut abnehmen kann, dies ist im Sinne der Patientensicherheit. Die Kosten gehen zu Lasten der Klinik.

Patientenrechte und -pflichten

Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patientin oder Patient und Ärztin oder Arzt ist grundlegend für eine erfolgreiche Behandlung und Betreuung. Deshalb ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten ihre Rechte und Pflichten kennen. Den Flyer «Die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten» von migesplus finden Sie auf unserer Homepage www.lindberg.ch im Downloadbereich.

Genolier Foundation

Ich möchte Ihre wohltätige Stiftung unterstützen mit einer Spende von CHF 20.- 50.- 100.- CHF _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der AAB (allgemeine Aufnahmebedingungen)

Gerichtsstand ist der Standort der Klinik, anwendbar ist das Schweizer Recht.

Gelesen und genehmigt am: _____ Unterschrift: _____

Name und Vorname Patientin/Patient oder des gesetzlichen Vertreters: _____