

Formulaire d'admission / Accord d'admission

Admission prévue le : _____

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

N° AVS : _____ N° AI : _____

Rue/N° : _____ Code postal/Ville : _____

N° de téléphone : _____ N° de mobile : _____

Nationalité : _____ Religion : _____

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme Directives anticipées¹ : ☐ Existant ☐ Inexistant

PROCHE/PERSONNE DE CONTACT

Proche

☐ Epouse/Epoux ☐ Partenaire
☐ Parent ☐ Enfant ☐ Autre

Nom : _____ Nom : _____

Prénom : _____ Prénom : _____

Rue/N° : _____ Rue/N° : _____

Code postal/Ville : _____ Code postal/Ville : _____

N° de téléphone : _____ N° de téléphone : _____

EMPLOYEUR

Adresse de l'entreprise

Nom : _____

Rue/N° : _____

Code postal/Ville : _____

N° de téléphone : _____

MÉDECIN

Médecin de famille

Nom : _____

Code postal/Ville : _____

Médecin référent

Nom : _____

Code postal/Ville : _____

¹ Les directives anticipées sont des instructions préalables permettant de faire valoir votre volonté si jamais vous n'êtes plus en mesure de l'exprimer (avec discernement). Elles concernent des actes médicaux comme les interventions thérapeutiques et sont généralement liées au refus des mesures prolongeant la vie.

ASSURANCES**Maladie****Assurance de base**

Nom : _____

N° de membre : _____

N° de carte d'assuré : _____

Assurance complémentaire

Nom : _____

N° de membre : _____

N° de carte d'assuré : _____

Prise en charge générale selon la LCA par l'assurance
complémentaire d'hospitalisation actuelle
(Tous les hôpitaux de Suisse auprès des caisses
conventionnelles)

☐ Semi-privée ☐ Privée**Accident**

Date de l'accident : _____

N° d'accident : _____

LAA (Assurance-accidents)

Nom : _____

N° de membre : _____

N° de carte d'assuré : _____

☐ Général ☐ Semi-privé ☐ Privé**Assurance complémentaire**

Nom : _____

N° de membre : _____

N° de carte d'assuré : _____

Accident militaire

Grade militaire : _____

Unité : _____

N° d'accident : _____

☐ Général ☐ Semi-privé ☐ Privé

ACCORD D'ADMISSION

Pour le traitement stationnaire ou ambulatoire à la Privatklinik Siloah à partir du : _____

Chère patiente, Cher patient,

Vous vous êtes inscrit-e pour un traitement stationnaire ou ambulatoire à la Privatklinik Siloah. Nous vous remercions par avance de votre confiance et vous souhaitons la bienvenue. En vous inscrivant à un traitement, vous avez conclu un contrat d'admission hospitalière avec la Privatklinik Siloah. Vos droits et devoirs en tant que patiente ou patient sont en grande partie prévus par la loi. Ceux-ci sont fixés dans l'ordonnance sur les droits des patientes et des patients du canton de Berne.

En raison des particularités que présente un traitement hospitalier, les informations et dispositions suivantes sont également importantes. Veuillez les lire attentivement.

Prise en charge des frais

La Privatklinik Siloah dispose d'un mandat de prestations du canton de Berne. Les frais de traitement et de séjour en division commune listés dans le contrat de services sont pris en charge par le régime obligatoire selon la LAMal. Si des frais supplémentaires sont engagés pour un logement en dehors du canton de Berne ou pour un séjour relevant d'une classe d'assurance semi-privée ou privée, il convient de disposer d'une assurance complémentaire d'hospitalisation avec une couverture suffisante. La Privatklinik Siloah reste à disposition pour répondre à toutes vos questions concernant la prise en charge des frais. Grâce aux informations que vous nous avez fournies dans le formulaire d'inscription, et si rien d'autre n'a été convenu, nous demandons une garantie de paiement à votre assurance. Celle-ci pourrait toutefois être refusée.

Si votre assurance n'est pas en mesure de couvrir toute la durée de votre séjour ou de votre traitement, vous êtes tenu-e de prendre en charge les dépenses engendrées. Si, au début du traitement ou du séjour, la garantie de paiement qu'obtient la Privatklinik Siloah est insuffisante, celle-ci pourra vous demander un acompte d'un montant correspondant.

Protection des données

Afin d'être en mesure de renforcer la sécurité et l'efficacité des processus de votre séjour, la Privatklinik Siloah utilise un système d'information électronique. Grâce à celui-ci, il est possible que des médecins ou des spécialistes impliqués dans les prestations médicales puissent accéder à certaines données sur les patientes et les patients ou les échanger. Tous les collaborateurs de la Privatklinik Siloah sont soumis au secret professionnel et ne sont pas autorisés à partager ces informations. L'accès aux données sauvegardées dans le système de la clinique est contrôlé par un concept d'authentification forte. La Privatklinik Siloah veille à ce que toutes les données soient exclusivement traitées, contrôlées, partagées et sauvegardées selon les dispositions légales correspondantes. Au moment de demander la garantie de paiement ou d'établir la facture, il est possible, en respectant la loi sur la protection des données, que des informations concernant les patientes et les patients et les factures soient transmises à des organismes externes, comme les assureurs par exemple. En outre, il est possible que des données concernant les patientes et les patients soient transmises à des tiers dans le cadre des mesures d'assurance qualité voulues par la loi ou afin de compléter les registres autorisés par la commission d'éthique, là aussi en respectant la loi sur la protection des données.

SÉCURITÉ DES PATIENTES ET DES PATIENTS

Pour la Privatklinik Siloah, la sécurité des patientes et des patients est au premier plan. Outre les standards médico-infirmiers élevés et les traitements individuels, la sécurité des patientes et des patients répond également aux plus hauts critères de qualité.

Nous souhaitons accroître encore davantage la sécurité de nos patientes et de nos patients au moyen de bracelets, notamment lorsqu'ils doivent subir une intervention chirurgicale. Nos médecins et nos infirmiers des différents services, des salles d'opération et des unités d'examen doivent constamment être en mesure de reconnaître avec certitude nos patientes et nos patients, même s'ils n'étaient pas présents lors de la procédure d'identification. Nos collaborateurs ont la lourde responsabilité d'exclure toute possibilité d'erreur et de confusion.

Les bracelets, qui contiennent des informations personnelles, permettent aux médecins et aux infirmiers d'identifier les patientes et les patients en toute tranquillité.

Le port du bracelet est toutefois laissé à l'appréciation de la patiente ou du patient. Nous aimerions cependant vous prier de bien vouloir le porter. Ce geste permet de renforcer votre sécurité.

Ayant pris acte des informations ci-dessus, vous acceptez d'être traité-e à la Privatklinik Siloah.

DÉCLARATION DU PATIENT

Je soussigné-e confirme avoir lu, entendu et accepté les informations ci-dessus. Je confirme en outre donner mon accord afin d'être logé-e dans la catégorie de chambre correspondante à la classe que j'ai moi-même indiquée. Je paierai moi-même tous les frais qui ne seront pas pris en charge par mon assurance.

Lieu, date : _____

Signature : _____