

EINTRITTSFORMULAR

1. PERSONALIEN

Name	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____	
Strasse, Nummer	_____	Zivilstand	_____	
PLZ, Ort (amtl. Wohnsitz)	_____	Konfession	_____	
Heimatort/Heimatstaat	_____	Telefon privat	_____	
E-Mail	_____	Mobile	_____	

2. KONTAKTPERSON/EN Ich möchte, dass im Notfall folgende Person/en benachrichtigt wird/werden:

Kontaktperson 1						
<input type="checkbox"/> Ehegatte/in	<input type="checkbox"/> Partner/in	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn	<input type="checkbox"/> Mutter/Vater	<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder	<input type="checkbox"/> Beistand	<input type="checkbox"/> _____
Name, Vorname	_____			Telefon	_____	
Adresse, Ort	_____			<input type="checkbox"/> gleiche Adresse wie Patient/in		
Kontaktperson 2						
<input type="checkbox"/> Ehegatte/in	<input type="checkbox"/> Partner/in	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn	<input type="checkbox"/> Mutter/Vater	<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder	<input type="checkbox"/> Beistand	<input type="checkbox"/> _____
Name, Vorname	_____			Telefon	_____	
Adresse, Ort	_____			<input type="checkbox"/> gleiche Adresse wie Patient/in		

3. ZUWEISENDE/R ÄRZTIN / ARZT / HAUSÄRZTIN / HAUSARZT

Zuweisende/r Ärztin/Arzt	_____	Ort	_____
Hausärztin/-arzt	_____	Ort	_____

4. BEHANDLUNGSGRUND

<input type="checkbox"/> Krankheit	(bitte füllen Sie die Angaben unter dem Punkt 5 aus)
<input type="checkbox"/> Unfall	(bitte füllen Sie die Angaben unter dem Punkt 6 aus)

5. KRANKENVERSICHERUNG

Grundversicherung			
Versicherung	_____	<input type="checkbox"/> Ausländische Krankenversicherung	
Police-Nummer	_____	AHV-Nummer 756 . _____ . _____ . _____	
Karten-Nummer	807 _____		
Zusatzversicherung			
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
Behandlungsgrund	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
Versicherung	_____	Police-Nummer	_____

bitte wenden und die Rückseite ausfüllen sowie unterzeichnen →

6. UNFALLVERSICHERUNG

Sind Sie berufstätig?	<input type="checkbox"/> ja	Bitte informieren Sie Ihren Arbeitgeber und füllen Sie die untenstehenden Angaben der Unfallversicherung aus.
	<input type="checkbox"/> nein	
		Sind Sie beim RAV angemeldet?
	<input type="checkbox"/> ja	(bitte füllen Sie die untenstehenden Angaben der Unfallversicherung aus)
	<input type="checkbox"/> nein	(bitte füllen Sie die Angaben unter dem Punkt 5 aus)
Beruf _____	<input type="checkbox"/> angestellt	Arbeitgeber/Firma, Adresse, PLZ, Ort _____
	<input type="checkbox"/> selbständig	_____
Name Unfallversicherung _____		
Schaden-Nummer _____		Unfalldatum _____
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat
		<input type="checkbox"/> Privat
Wenn Sie bei Ihrer Krankenversicherung eine Zusatzversicherung bei Unfall für die private oder halbprivate Versicherungsklasse abgeschlossen haben, füllen Sie bitte die Angaben unter dem Punkt 5 «Zusatzversicherung» aus.		

WICHTIG

Sollten Sie eine Patientenverfügung haben, bringen Sie bitte eine Kopie davon zum Eintrittstermin mit.

Falls Sie für die gewählte Versicherungsklasse nicht genügend versichert sind oder nachträglich die Übernahme der Kosten durch die Versicherung (gemäss KVG, VVG, UVG etc.) abgelehnt wird, gehen sämtliche ungedeckten Kosten zu Ihren Lasten.

Ich bestätige, dass ich die Informationen verstanden und zustimmend zur Kenntnis genommen habe.

Datum _____ Unterschrift _____
Patient/in / Vertreter/in

Das Formular wurde durch eine/n Vertreter/in ausgefüllt:

Name, Vorname _____ Telefon _____

Bitte senden Sie dieses Formular im beiliegenden Rückantwortkuvert unterzeichnet zurück.
Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Team der Patientenaufnahme. Es steht Ihnen unter der Telefonnummer +41 41 399 44 40 oder per E-Mail pataufnahme@zgks.ch gerne zur Verfügung.