

Eintrittsformular

PERSONALIEN

Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Strasse, Nr. _____	Telefon Privat _____
PLZ, Ort (amtl. Wohnsitz) _____	Telefon Geschäft _____
Heimatort / Heimatstaat _____	Beruf _____
Religion / Konfession: <input type="checkbox"/> röm. kath. <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> ref. <input type="checkbox"/> keine	Zivilstand: <input type="checkbox"/> unverheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet
Wünschen Sie bei stationärem Aufenthalt den Besuch der Spitalseelsorge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Soll der Seelsorger Ihrer Wohngemeinde über Ihren Aufenthalt informiert werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie eine Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Berufliche Tätigkeit: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> unselbständig	Falls arbeitslos: Stempeln Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitgeber (bei Unfall angeben) _____	Adresse / Ort _____

ANGEHÖRIGE Ich möchte, dass im Notfall folgende Person benachrichtigt wird:

<input type="checkbox"/> Ehegatte/Partner	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	<input type="checkbox"/> Mutter/Vater	<input type="checkbox"/> Schwester/Bruder	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> _____
Name _____	Vorname _____				
Adresse, Ort _____	Telefon _____				

HAUSARZT / EINWEISENDER ARZT

Hausarzt _____	Ort _____
Einweisender Arzt _____	Ort _____

EINWEISUNGSGRUND / VERSICHERUNG

<input type="checkbox"/> Krankheit/Geburt: Ich bin krankenversichert bei: ↓ Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____ Versicherungsklasse Krankheit <input type="checkbox"/> Allgemein Wohnkanton <input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz (Z1) <input type="checkbox"/> Halbprivat (Z2) <input type="checkbox"/> Privat (Z2) <input type="checkbox"/> Ausländer/In ohne europäische Versicherungskarte	<input type="checkbox"/> Unfall: Ich bin unfallversichert bei: ↓ Unfallversicherung oder Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____ Versicherungsklasse Unfall <input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz <input type="checkbox"/> Halbprivat (Z2) <input type="checkbox"/> Privat (Z2) <input type="checkbox"/> Ausländer/In ohne europäische Versicherungskarte
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ZUSATZANGEBOTE

Ich bin allgemein versichert und wünsche folgendes Zimmer-Upgrade (Z1): <input type="checkbox"/> 1er-Zimmer A1 CHF 250 / Tag <input type="checkbox"/> 2er-Zimmer A2 CHF 150 / Tag <small>(ausgenommen Frauenklinik)</small> <input type="checkbox"/> Familienzimmer AF CHF 290 / Tag <small>(bei Geburt)</small>	Ich bin halbprivat versichert und wünsche folgendes Zimmer-Upgrade (Z2): <input type="checkbox"/> 1er-Zimmer HP CHF 150 / Tag <input type="checkbox"/> Familienzimmer HF CHF 190 / Tag <small>(bei Geburt)</small>	Ich bin privat versichert und wünsche folgendes Zimmer-Upgrade (Z2): <input type="checkbox"/> Familienzimmer PF CHF 90 / Tag <small>(bei Geburt)</small>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

WICHTIGER HINWEIS

Falls Sie für die gewählte Versicherungskategorie nicht genügend versichert sind oder nachträglich die Übernahme der Kosten durch Ihre Krankenkasse ablehnt wird, gehen sämtliche ungedeckten Kosten zu Ihren Lasten.
Ich bestätige, dass ich diesen Hinweis zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Datum _____ Unterschrift * _____

* Falls das Formular durch eine Vertreterin / einen Vertreter ausgefüllt wurde: Vorname, Name _____

Zuger Kantonsspital AG . Landhausstrasse 11 . 6340 Baar . T 041 399 11 11 . F 041 399 11 21 . www.zgks.ch . info@zgks.ch

SQS-Zertifikat ISO 9001-2000

22784/10.2009