

**Eintrittsformular Notfall (C)**

Datum \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_

**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 einem stationären Aufenthalt den Besuch der Seelsorge? <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/Firma (nur 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 _____				

**EINWEISUNG** Meine Einweisung ins Spital erfolgte durch:

<input type="checkbox"/> mich selbst / meine Angehörigen	<input type="checkbox"/> Polizei/Behörde	<input type="checkbox"/> andere _____
<input type="checkbox"/> Rettungsdienst: Woher? _____		
<input type="checkbox"/> Arzt: Name _____	Ort _____	

**HAUSARZT**

Name _____	Ort _____
------------	-----------

**EINWEISUNGSGRUND / VERSICHERUNG**

<p><input type="checkbox"/> <b>Krankheit/Geburt:</b> Ich bin krankenversichert bei:</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Krankenkasse _____</p> <p>Versicherungsnummer _____</p> <p><b>Versicherungsklasse Krankheit</b></p> <p><input type="checkbox"/> Allgemein Wohnkanton <input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz (z1)</p> <p><input type="checkbox"/> Halbprivat (z2) <input type="checkbox"/> Privat (z2)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausländer/In ohne europäische Versicherungskarte</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Unfall:</b> Ich bin unfallversichert bei:</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Unfallversicherung oder Krankenkasse _____</p> <p>Versicherungsnummer _____</p> <p><b>Versicherungsklasse Unfall</b></p> <p><input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Privat (z2)</p> <p><input type="checkbox"/> Halbprivat (z2) <input type="checkbox"/> Privat (z2)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausländer/In ohne europäische Versicherungskarte</p>
<p>Falls Sie einen Zimmer- oder Klassenwechsel wünschen, können Sie sich an das Personal des Notfallempfangs wenden. Es wird Sie gerne beraten.</p>	

**WICHTIGER HINWEIS**

Falls Sie für die gewählte Versicherungskategorie nicht genügend versichert sind oder nachträglich die Übernahme der Kosten durch Ihre Krankenkasse abgelehnt 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 \_\_\_\_\_

**Durch das Spitalpersonal auszufüllen:**

**Eintrittsart**

- Krankheit
- Geburt
- Unfall
  
- stationär
- ambulant

**Abteilung**

- Medizin
- Chirurgie
- Orthopädie
- Urologie
- Gynäkologie
- Geburtshilfe
- ORL
- Ophthalmologie
- Pädiatrie Med.
- Pädiatrie Chir.
- Personal

**Herkunft**

- Zuhause
- Zuhause mit Spitex
- Kranken- / Pflegeheim
- Altersheim
- Psychiatrische Klinik
- anderes Krankenhaus
- Strafvollzugsanstalt
- andere \_\_\_\_\_
- unbekannt

**Patientin / Patient ist:**

- extern verlegt worden.  
Spital: \_\_\_\_\_  
Zeit: \_\_\_\_\_
- verstorben.  
Zeit: \_\_\_\_\_
- bereits tot eingeliefert worden.

Bemerkungen:

Visum Mitarbeiterin/Mitarbeiter :