

ANMELDEFORMULAR FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN

ALLGEMEINER HINWEIS

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es **schnellstmöglich** vor Ihrem Spitaleintritt an die Patientenadministration des Zuger Kantonsspitals oder via E-Mail an pataufnahme@zgks.ch. Bei Wiedereintritt innerhalb von 6 Monaten nur Name, Vorname, Geburtsdatum, zuweisende/r Ärztin/Arzt, Hausärztin/-arzt, allfällige Änderungen und Rückseite ausfüllen.

1. GRUND DER SPITALEINWEISUNG

- ☐ Krankheit ☐ Unfall, Datum **bitte den Unfall sofort melden** (Arbeitgeber/Versicherung)
☐ Mutterschaft ☐ Nicht kassenpflichtige Behandlung ☐ Geburtsgebrechen ☐ Berufskrankheit
☐ Krankheit/Unfall im Militärdienst

2. PERSONALIEN

Name	_____	Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Strasse, Nummer	_____	Zivilstand	_____
PLZ, Ort (amtl. Wohnsitz)	_____	Konfession	_____
Heimatort/Heimatstaat	_____	Telefon privat	_____
E-Mail	_____	Mobile	_____

3. HABEN SIE EINE PATIENTENVERFÜGUNG? ☐ nein ☐ ja (falls ja, bitte eine Kopie beim Eintritt mitbringen)

4. KONTAKTPERSON Ich möchte, dass im Notfall folgende Person benachrichtigt wird:

Kontaktperson	
☐ Ehepartner/-in ☐ Lebenspartner/-in ☐ Tochter/Sohn ☐ Mutter/Vater ☐ Schwester/Bruder ☐ andere _____	
Name, Vorname	_____
Telefon	_____
Adresse, Ort	_____
☐ gleiche Adresse wie Patient/in	

5. ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT / HAUSÄRZTIN/-ARZT

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

6. ARBEITGEBER

Name	_____	Ort	_____
Telefon	_____	☐ selbstständig	

bitte wenden und die Folgeseiten ausfüllen sowie unterzeichnen →

7. VERSICHERUNG

Krankenversicherung

807																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name Versicherung/Ort _____

Versichertenkartennummer (20-stellig)

Wie sind Sie versichert?

☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat ☐ Allgemein ganze Schweiz ☐ Selbstzahler ☐ Wahlversicherung

Name Zusatzversicherung/Ort _____

Versicherungsnummer _____

Unfall-/Invaliden-/Militärversicherung

☐ Unfallversicherung ☐ Invalidenversicherung ☐ Militärversicherung

Wie sind Sie versichert?

☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat

Name Versicherung/Ort _____

UVG-Schadennummer _____

IV-Verfügungs-Nummer _____

Militär-Versichertennummer _____

Für stationäre Patientinnen/Patienten: Wie möchten Sie behandelt werden?

☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat

Unterschrift _____

RECHNUNGSKOPIE

Gerne stellen wir Ihnen die Rechnungskopie wie von Gesetz vorgesehen zu. Aus ökologischen Gründen verzichten wir auf den Versand per Post. Damit wir Ihnen sowohl Rechnungen als auch Rechnungskopien digital zustellen können, erklären Sie sich bereit, uns Ihre E-Mail-Adresse und Mobile-Nummer zur Verfügung zu stellen.

WICHTIG

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.

EINVERSTÄNDNIS

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

Datum / Ort _____

Unterschrift _____

Patientin / Vertreter/in

☐ Das Formular wurde durch folgende/n Vertreter/in ausgefüllt:

Name, Vorname _____ Tel. Nr.: _____

Für die Eintrittsformalitäten benötigen wir das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldeformular (bitte vorgängig zustellen oder per E-Mail an pataufnahme@zgks.ch senden).

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass

- > mein/e zuweisende/r Ärztin/Arzt, Hausärztin/arzt und gegebenenfalls weitere in meiner Behandlung einbezogene medizinische Fachpersonen einen Bericht über die aktuelle Behandlung im Zuger Kantonsspital erhalten.
- > das Zuger Kantonsspital bei meinen vorbehandelnden Ärztinnen/Ärzten oder Spitalern sowie weiteren Medizinalpersonen die zur Durchführung der Behandlung notwendigen medizinischen Informationen einholt. Somit entbinde ich die vorbehandelnden Ärztinnen/Ärzte und medizinischen Fachteams von der beruflichen Schweigepflicht.
- > die gesetzlich geforderte Rechnungskopie über ein Portal zur Verfügung gestellt wird und hierfür die E-Mail und die Mobile-Nummer verwendet werden.
- > Fotos und Videoaufnahmen aus Datenschutzgründen kein erkennbares Spitalpersonal zeigen dürfen.
- > meine Einwilligung freiwillig erfolgt und dass ich jederzeit das Recht habe, die Einwilligung zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung gilt für die Zukunft und berührt nicht die Rechtmässigkeit der Personendatenbearbeitung, welche vor dem Widerruf erfolgt ist.

QUALITÄTSSICHERUNG UND WISSENSCHAFTLICHE FRAGESTELLUNGEN

Es ist möglich, dass Ihre Behandlungsdokumentation für Qualitätssicherungszwecke oder wissenschaftliche Fragestellungen genutzt wird. Die Verarbeitung erfolgt anonymisiert oder verschlüsselt und unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen. Wenn Sie dies nicht wünschen, informieren Sie bitte Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt. Zur Verbesserung der patientenorientierten Versorgung können zudem Daten im Rahmen von Befragungen erhoben werden. Weitere Informationen finden Sie in der Patienteninformation: «Ihre Gesundheitsdaten zur Qualitätssicherung»



RECHNUNGSKOPIE

Gerne stellen wir Ihnen die Rechnungskopie wie von Gesetz vorgesehen zu. Aus ökologischen Gründen verzichten wir auf den Versand per Post. Damit wir Ihnen sowohl Rechnungen als auch Rechnungskopien digital zustellen können, erklären Sie sich bereit, uns Ihre E-Mail-Adresse und Mobile-Nummer zur Verfügung zu stellen.

KOSTENÜBERNAHME

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie gegenüber dem Spital Schuldner/in der von Ihnen gewünschten Behandlung sind. Massgebend sind die Preise der Tarifordnung Zuger Kantonsspital nach Behandlungsjahr. Sie bestätigen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes zu kennen; das Spital hat keine Abklärungspflicht. Erfolgen Abklärungen entgegenkommenderweise durch das Spital und sollte keine vollumfängliche Kostengutsprache und/oder Kostenübernahme eines Leistungsträgers vorliegen, werden Ihnen die Kosten in Rechnung gestellt. Sie erklären mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben auf dem Anmeldeformular. Sie können nachträglich nicht geltend machen, dass Sie sich geirrt haben oder den Versicherungsschutz falsch eingeschätzt hätten.

VERPFLICHTUNG

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die Kosten des Zuger Kantonsspitals zu bezahlen. Die in der Rechnung des Zuger Kantonsspitals genannte Zahlungsfrist ist gleichzeitig die Beschwerdefrist. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars nehmen Sie davon Kenntnis, dass mit Ablauf der Beschwerdefrist die Rechnung rechtskräftig ist. Gerichtsstand ist Baar. Es gilt schweizerisches Recht.

WICHTIG

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.

EINVERSTÄNDNIS

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

Datum / Ort _____

Unterschrift _____
Patient/in / Vertreter/in

☐ Das Formular wurde durch folgende/n Vertreter/in ausgefüllt:

Name, Vorname _____

Tel. Nr.: _____

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.