

Eintrittsformular

PERSONALIEN

Name _____		Vorname _____	
Geburtsdatum _____		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Strasse, Nr. _____		Telefon Privat _____	
PLZ, Ort (amtl. Wohnsitz) _____		Mobile _____	
Heimatort / Heimatstaat _____		E-Mail _____	
Religion / Konfession: <input type="checkbox"/> röm. kath. <input type="checkbox"/> ref. <input type="checkbox"/> Moslem <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> andere _____		Zivilstand: <input type="checkbox"/> unverheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	
Berufliche Tätigkeit: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt (ist nur bei Unfall anzugeben) Arbeitgeber/Firma _____		Beziehen Sie Arbeitslosengeld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Adresse, Ort _____		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 Bitte Versichertenkarte vorweisen

<p><input type="checkbox"/> Krankheit/Geburt: Ich bin krankenversichert bei: ↓</p> <p>Krankenkasse _____</p> <p>Versicherungsnummer _____</p> <p>AHV-Nummer _____</p> <p>Versicherungsklasse Krankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Allgemein Wohnkanton <input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Ausländer/in ohne europäische Versicherungskarte</p>	<p><input type="checkbox"/> Unfall: Ich bin unfallversichert bei: ↓</p> <p>Unfallversicherung oder Krankenkasse _____</p> <p>Versicherungsnummer _____</p> <p>AHV-Nummer _____</p> <p>Versicherungsklasse Unfall</p> <p><input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Ausländer/in ohne europäische Versicherungskarte</p>
--	--

ZUSATZANGEBOTE

Am Eintrittstag ist eine Vorauszahlung für die zu erwartende Aufenthaltsdauer zu leisten. Bei hoher Bettenbelegung kann der Zimmerwunsch jedoch nicht garantiert werden.

<p>Ich bin allgemein versichert und wünsche folgendes Upgrade:</p> <p><input type="checkbox"/> Zimmer zur Alleinbenutzung A1 CHF 480 / Nacht <input type="checkbox"/> Zimmer zur 2er-Benutzung A2 CHF 220 / Nacht ausgenommen Frauenklinik.</p>	<p>Ich bin halbprivat versichert und wünsche folgendes Upgrade:</p> <p><input type="checkbox"/> Zimmer zur Alleinbenutzung HP CHF 360 / Nacht</p>
--	--

WICHTIG: 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 * _____

* Formular wurde durch Vertreterin / Vertreter ausgefüllt: Vorname, Name _____