

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 _____
Zivilstand _____	Religion/Konfession _____

KONTAKTPERSONEN Ich möchte, dass im Notfall folgende Person/en benachrichtigt wird/werden:

Kontaktperson 1

Ehegatte/in Partner/in Tochter/Sohn Mutter/Vater Schwester/Bruder Beistand _____

Name, Vorname _____ Telefon _____

Adresse / Ort _____ gleiche Adresse wie Patient/in

Kontaktperson 2

Ehegatte/in Partner/in Tochter/Sohn Mutter/Vater Schwester/Bruder Beistand _____

Name, Vorname _____ Telefon _____

Adresse / Ort _____ gleiche Adresse wie Patient/in

ZUWEISENDER ARZT / HAUSARZT

Zuweisende/r Ärztin/Arzt, Name _____ Ort _____

Hausärztin/-arzt, Name _____ Ort _____

VERSICHERUNG Bitte Krankenversicherungskarte vorweisen

<p><input type="checkbox"/> Krankheit Ich bin krankenversichert bei:</p> <p>Krankenkasse _____</p> <p>Kartenummer 807 _____</p> <p>AHV-Nummer _____</p>	<p>Versicherungsklasse Krankheit stationär</p> <p><input type="checkbox"/> Allgemein Wohnkanton <input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz</p> <p><input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat</p> <p><input type="checkbox"/> Ausländer/in ohne europäische Versicherungskarte</p> <p>Zusatzversicherung _____</p>
--	---

UNFALL (nur im Falle eines Unfalls auszufüllen)

<p><input type="checkbox"/> Unfall Ich bin unfallversichert bei:</p> <p>Unfallversicherung oder Krankenkasse _____</p> <p>Versicherungsnummer _____</p> <p>AHV-Nummer _____</p> <p>Berufliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt</p> <p>Beruf _____</p> <p>Sind Sie beim RAV angemeldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Versicherungsklasse Unfall stationär</p> <p><input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat</p> <p><input type="checkbox"/> Ausländer/in ohne europäische Versicherungskarte</p> <p>Arbeitgeber/Firma/Ort _____</p> <p>Bitte informieren Sie Ihren Arbeitgeber über den Unfall</p>
---	--

bitte wenden →

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 Ärzte/innen oder Therapeuten/innen einen Bericht über die aktuelle Behandlung im Zuger Kantonsspital erhalten.
- > das Zuger Kantonsspital bei meinen vorbehandelnden Ärztinnen/Ärzten oder Spitälern 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.

MEDIZINISCHE REGISTER (Systematische Datensammlung)

Medizinische Register leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung. Das Zuger Kantonsspital unterliegt gesetzlichen Meldepflichten, Patientendaten in anonymisierter oder nicht anonymisierter Form an medizinische Register (klinische und epidemiologische Register, Krebsregister), die Kostenträger (Versicherungen, Kantone) und u. a. das Bundesamt für Statistik weiterzugeben oder zur internen Qualitätssicherung zu verwenden. Mit der Registrierung und Bearbeitung meiner Daten in den entsprechenden Registern erkläre ich mich einverstanden.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

WICHTIG

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

Falls Sie ein Zimmer zur Alleinbenutzung oder ein Zimmer zur 2er-Benutzung wünschen und nicht entsprechend versichert sind, füllen Sie bitte das Formular „Zusatzangebot Zimmer“ aus.

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

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

Datum _____ Unterschrift _____
Patient/in / Vertreter/in

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

Vorname, Name _____ Telefon _____

Unterschrift nicht möglich

Bitte senden Sie dieses Formular im beiliegenden Rückantwortkuvert unterzeichnet zurück oder bringen Sie es spätestens bei Spitaleintritt mit. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Team der Patientenaufnahme. Es steht Ihnen gerne unter Telefon +41 41 399 44 46 oder E-Mail pataufnahme@zgks.ch zur Verfügung.