**Personalien**

**Patientenetikette**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ❒ männlich  ❒ weiblich | Name und Ledigname | | Vorname | |
| Geburtsdatum | Adresse | | PLZ, Ort | |
| Telefon P. | | Natel | Telefon G. | |
| Zivilstand ❒ verheiratet ❒ ledig ❒ geschieden  ❒ getrennt ❒ verwitwet ❒ eingetragene Partnerschaft | | | Heimatort und Staatsangehörigkeit | |
| Hausarzt Ort | | Beruf | Konfession | Seelsorger erwünscht?  ❒ ja ❒ nein |

**Arbeitgeber (nur bei Unfall und wenn berufstätig auszufüllen)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Unternehmens | Adresse | |
| PLZ, Ort | Telefon | Bei Arbeitslosigkeit  RAV ❒ ja ❒ nein |

**Wer kann im Notfall benachrichtigt werden? (falls 2. Adresse gewünscht – bitte unter Bemerkungen oder auf Rückseite erfassen)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Adresse | PLZ, Ort |
| Bezug zur Person | Telefon | Natel |

**Versicherungsstatus \*1 Komfortangebot (kostenpflichtig)**

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ Allgemein Wohnkanton  ❒ Allgemein ganze CH  ❒ Halbprivat  ❒ Privat | \* mögliche Zusatzleistungen für allgemein versicherte Patienten  \*\* ❒ Einbettzimmer CHF 300.00 / pro Nacht  ❒ Zweibettzimmer CHF 180.00 / pro Nacht  \* mögliche Zusatzleistungen für halbprivat versicherte Patienten  \*\* ❒ Einbettzimmer CHF 150.00 / pro Nacht  *\* Barbezahlung bei Austritt / \*\* nur bei freien Zimmern möglich* |

**Weitere Angaben**

|  |
| --- |
| Besitzen Sie ein EPD (elektronisches Patientendossier)?  ❒ Ja 🡪 Möchten Sie für diese Behandlung den Fallausschluss? ❒ Ja ❒ Nein  ❒ Nein |

**Versicherungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Krankenkasse / Unfallversicherung (Grundversicherung) | | Versicherungsnummer |
| Nummer der Krankenversicherungskarte | AHV- / Sozialversicherungsnummer | |
| Zusatzversicherungen (HP, P, ganze CH) | | Versicherungsnummer |

**Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |

**Datum und Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters (Bestätigung, dass die Angaben vollständig und korrekt sind)**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Unterschrift |

**Durch das Spital auszufüllen**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ❒ Krankheit ❒ Unfall  ❒ ambulant ❒ stationär ❒ Notfall | | | Eintrittsdatum | Zeit | ❒ IW2 ❒ IMW3  ❒ IO2 | Zimmer |
| ICD Code | Disziplin | Einweisender Arzt | | | Behandelnder Arzt | |

**\*1 Nicht durch die Versicherung etc. gedeckte Kosten müssen durch den Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter bezahlt werden.**

**Auskunft an Dritte**

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie das Spital, die Krankenkasse oder die Versicherung die für die Beurteilung

der Leistungspflicht notwendigen medizinischen Angaben bekannt zu geben. Darüber hinaus erklären Sie sich

einverstanden, dass Ihr zuweisender Arzt, Ihr Hausarzt und gegebenenfalls weitere in Ihrer Behandlung

einbezogene Ärzte einen Bericht über die aktuelle Behandlung erhalten. Sie sind verpflichtet, Ihre richtige Adresse

anzugeben und einen allfälligen Adresswechsel dem Spital bekannt zu geben. Nötigenfalls ist das Spital

ermächtigt, Auskünfte bei Behörden einzuholen.

**Kostenübernahme**

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie gegenüber dem Spital Schuldner/in der von Ihnen gewünschten Behandlungen

sind. Massgebend sind die Preise der Taxordnung 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

Unterzeichnung machen, dass Sie sich geirrt haben oder den Versicherungsschutz falsch eingeschätzt hätten.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars gibt der Patient eine Schuldanerkennung im Sinne von Art. 82 SchKG ab.

Der Gerichtsstand ist Menziken.

**Rechnungsstellung**

Das Spital übermittelt Ihrer Krankenkasse oder Unfall-/IV-Versicherung die vom Gesetz geforderten Daten zum

Zweck der Rechnungsprüfung. Sie haben die Möglichkeit, die Übermittlung der Daten an den Vertrauensarzt Ihres

Versicherers zu verlangen. Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Rechnungskopie zu.

**Verpflichtung**

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die Kosten des Spitals Menziken zu bezahlen. Die in der Rechnung des

Spitals Menziken genannte Zahlungsfrist ist gelichzeitig die Beschwerdefrist. Mit der Unterzeichnung dieses

Formulars nehmen Sie davon Kenntnis, dass mit Ablauf der Beschwerdefrist die Rechnung rechtskräftig ist.

Gerichtsstand ist Menziken. Es gilt schweizerisches Recht.

**Haftungsausschlusserklärung**

Die Asana Spital Menziken AG übernimmt keine Haftung für persönlichen Gegenstände, die nicht zum Zeitpunkt des Eintritts gegen Quittung beim Empfang hinterlegt wurden. Dieser Haftungsausschluss gilt für stationäre Patientinnen und Patienten, für ambulante Patientinnen und Patienten.

Wir bitten unsere Patientinnen und Patienten, Wertgegenstände ihren Angehörigen/Begleitpersonen mit nach Hause zu geben. In Ausnahmefällen können Wertgegenstände gegen Quittung beim Empfang hinterlegt werden.

Wertgegenstände, die nicht hinterlegt bzw. nicht den Angehörigen mitgegeben wurden, müssen im persönlichen Effektenfach im Schrank des Patientenzimmers eingeschlossen werden. Die Haftung für abhanden gekommene Wertgegenstände liegt in diesem Fall bei der Patientin/dem Patienten.

Mit der Unterzeichnung der vorliegenden Haftungsausschlusserklärung erkläre ich, diese durchgelesen und verstanden zu haben.

Unterschrift des Patienten oder

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_ des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_