

**Personalien**

<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Name		Vorname		
Geburtsdatum	Adresse		PLZ, Ort		
Telefon P.	Natel		Telefon G.		
Zivilstand	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	Heimatort und Staatsangehörigkeit	
	<input type="checkbox"/> getrennt	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft		
Hausarzt	Ort	Konfession	Seelsorger erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

**Wer kann im Notfall benachrichtigt werden? (1. Ansprechperson)**

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

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

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

**Rechnungsempfänger**

Name, Vorname		Adresse		
PLZ, Ort	Telefon	Natel		

**Versicherungsstatus\*1**

<input type="checkbox"/> Allgemein Wohnkanton <input type="checkbox"/> Allgemein ganze CH <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	Telefon im Zimmer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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**

<input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Übergangspflege	<input type="checkbox"/> Ferienbett	Eintrittsdatum	Zeit	<input type="checkbox"/> PW3 <input type="checkbox"/> PO3 <input type="checkbox"/> PO4	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.