

Patientenanmeldung

Bitte füllen Sie dieses Formular – **Seite 1 und 2** - in Blockschrift vollständig aus.

PID

Qualified by EFQM
2020



Name (Doppelname) / Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ / Wohnort	
Telefon	Festnetz: _____ Mobil: _____ Geschäft: _____

Eintrittsdatum / Eintrittszeit:	
Eintrittstyp/ -art	<input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär
Einweisende Instanz	<input type="checkbox"/> Patient/in <input type="checkbox"/> Rettungsdienst, Rega, Polizei <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin
Eintrittsgrund	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Mutterschaft/Schwangerschaft
Behandelnder Arzt/Ärztin	
Hausarzt/-ärztin (Name, Vorn.)/Ort	

Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Heimatort	Nationalität:
Beruf	
Firmenname / Ort	
Telefon des Arbeitgebers	
Unfallort / Datum / Zeit	
Kontaktperson bei Minderjährigen	

Krankenversicherung/Unfallversicherung

Grundversicherung (allgemein):	Mitglieder-Nr. (Grundversicherung)
Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> ganze Schweiz versichert <input type="checkbox"/> halbprivat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	Mitglieder-Nr. (Zusatzversicherung)
VEKA-Nr.: 80756...	AHV-Nr. : 756.
Unfallversicherung:	Unfall-Nr. (Unfallversicherung)

Es kann vorkommen, dass in der versicherten Zusatzklasse kein Zimmer frei ist.

Bitte melden Sie einen Unfall umgehend Ihrem Arbeitgeber/Unfallversicherung.

Ich erteile dem Spital die Erlaubnis, bei meinem Arbeitgeber die Unfallversicherung anzufragen. Ja Nein

Kranken-/Unfallversicherung bei Wohnsitz im Ausland (Name/Adresse):	<input type="checkbox"/> Europ. Krankenversicherungskarte <input type="checkbox"/> Ersatzformular
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	

Mitgliedschaft Krankenhausgesellschaft Schwyz (KHGS – Trägerverein des Spital Schwyz)

<input type="checkbox"/> Ich bin KHGS-Mitglied und zwar <input type="checkbox"/> Einzelmitglied <input type="checkbox"/> Paarmitglied <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Firmenmitglied. <input type="checkbox"/> Ich bin an einer KHGS-Mitgliedschaft interessiert. Senden Sie mir bitte Unterlagen.
--

Patientenanmeldung

Zusatzangaben sind bei stationärem Aufenthalt zwingend auszufüllen

Qualified by EFQM
2020



Kontaktadressen/Vertrauensperson

Wer soll bei einem Notfall durch das Spital Schwyz kontaktiert werden?

1. Name/Vorname/Adresse	T Privat T Geschäft T Mobile	Kontaktadresse von: <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Ferienadresse <input type="checkbox"/> _____
2. Name/Vorname/Adresse	T Privat T Geschäft T Mobile	Kontaktadresse von: <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Ferienadresse <input type="checkbox"/> _____

Konfession/ Religion

<input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> konfessionslos <input type="checkbox"/> _____	Zu unserem Angebot gehört der Besuch eines Seelsorgers. Wünschen Sie • den Besuch des Spitalseelsorgers <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein • den Besuch des Seelsorgers Ihrer Wohngemeinde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Bei Mutterschaft

Ungefährer Geburtstermin des Kindes?
Bei welcher Krankenversicherung ist Ihr Kind angemeldet? (Name/Sektion/Adresse)
<input type="checkbox"/> wie Grundversicherung der Mutter <input type="checkbox"/> wie Zusatzversicherung der Mutter
Welche Konfession/Religion wird das Neugeborene annehmen?

Ich wünsche eine andere Aufenthaltsklasse (ein „Upgrade Hotellerie“ / „Upgrade Arzt/Ärztin“)

<input type="checkbox"/> 1er-Zimmer (Privat) <input type="checkbox"/> 2er-Zimmer (Halbprivat) <input type="checkbox"/> Chefarzt
Für alle Mehrkosten komme ich selber auf. Die Kosten wurden mir vorgängig erläutert.

Ich wünsche eine Rechnungskopie

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich nehme folgende Bedingungen zur Kenntnis und bin einverstanden, dass

- das Spital keine Haftung trägt für abhanden gekommene Wertsachen (z.B. Schmuck, Elektronik) oder Geldbeträge.
- die TV-Miete für allgemein versicherte Patienten CHF 5 pro Tag beträgt.
- ich für alle Kosten, die nicht von der Kranken- oder einer anderen Versicherung übernommen werden, selbst aufkommen muss.
- die Rechnung direkt der Versicherung zugestellt wird.
- mein behandelnder Arzt/Ärztin ermächtigt ist, bestehende medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern.
- zur Abrechnung notwendige Daten zu meiner Person, inkl. abgekürztem Diagnose-Code, an die Kranken-/Unfallversicherung weiter gegeben werden müssen.
- Personen, die vom Spital Schwyz mit der gesetzlich geforderten Revision beauftragt sind, Einsicht in meine medizinischen Akten gewährt werden kann. Diese Personen stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis (Schweigepflicht gemäss Art. 321 StGB) und haben nur Zugang zu den für die konkrete Revision relevanten Daten.
- das Spital Schwyz laufend die Qualität der erbrachten Leistungen überwacht und demzufolge periodisch Interviews durch interne Fachstellen sowie Befragungen durch extern anerkannte Institute durchführt. Dies erfolgt in Erfüllung gesetzlicher Normen / behördlicher Auflagen. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie dem Spital Schwyz, Ihre Daten zu bearbeiten und in jedem Falle anonymisiert kontrolliert weiterzugeben.

Datum _____

Unterschrift Patient/in _____
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Patienten/Fall-Nummer