

# Patientenanmeldung

PID:

Bitte füllen Sie dieses Formular auf beiden Seiten in Blockschrift vollständig aus.

<b>Name</b>	<b>Geschlecht</b>
<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Strasse Nr.</b>	<b>Zivilstand</b>
<b>PLZ, gesetzl. Wohnort</b>	<b>E-Mail</b>
<b>Heimatort / Nationalität</b>	<b>Mobil</b>
<b>Beruf</b>	<b>Festnetz</b>
<b>Arbeitgeber</b>	<b>Geschäftlich</b>
<b>PLZ Ort (Arbeitgeber)</b>	
<b>Religion</b>	<b>Besuch Seelsorge</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Kontaktadresse Vertrauensperson** Ich möchte, dass im Notfall folgende Person benachrichtigt wird

<b>Vorname &amp; Name</b>	<b>Festnetz</b>
<b>Strasse Nr.</b>	<b>Mobil</b>
<b>PLZ Ort</b>	<b>Beziehungsgrad</b>

**Eintrittsdatum:**

**Eintrittszeit:**

Eintrittsart:	<input type="checkbox"/> Notfall	<input type="checkbox"/> ambulanz	<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	
		Geburtsstermin:	Krankenkasse Baby:	

<b>Zuweisender Arzt/Ärztin</b>
<b>Behandelnder Arzt/Ärztin</b>
<b>Hausarzt/-ärztin</b>

<b>Name Grundversicherung</b> <input type="checkbox"/> ganze Schweiz	AHV-Nr.
Versicherungskarten-Nr.	Police-Nr.
<b>Name Unfallversicherung</b>	Schaden-Nummer
	Unfall-Datum/Zeit/Ort

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

<b>Name Zusatzversicherung</b>	Versicherungskarten-Nr.:
Klasse: <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat	
Bei Wahlversicherung bitte Klasse angeben: <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat	
Ich bin an einem Upgrade interessiert: <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat	
Kranken-/Unfallversicherung bei <b>Wohnsitz im Ausland</b> (Name/Adresse):	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Europ. Krankenversicherungskarte <input type="checkbox"/> Ersatzformular	

Besitzen Sie ein elektronisches Patientendossier (EPD)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wünschen Sie, dass das Spital Schwyz Ihre Dokumente in Ihr EPD hochlädt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rechnungskopie gewünscht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich bin an einer KHGS-Mitgliedschaft interessiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich bin bereits Mitglied: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Bitte wenden

**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.
- mir ein verfügbares Zimmer zugeteilt wird, falls in der versicherten Zusatzklasse kein Zimmer frei ist.
- die Rechnung direkt der Versicherung zugestellt wird.
- zur Abrechnung notwendige Daten zu meiner Person, inkl. abgekürztem Diagnose-Code, an die Kranken-/ Unfallversicherung weitergegeben 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 kontinuierliche interne und externe Befragungen durchführt. Dies erfolgt in Erfüllung gesetzlicher Normen und behördlicher Auflagen. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie dem Spital Schwyz, Ihre Daten zu bearbeiten und kontrolliert weiterzugeben.
- mein behandelnder Arzt/Ärztin im Rahmen meiner Behandlung **ermächtigt** ist, bestehende medizinische Akten und Informationen über mich **bei anderen** medizinischen Dienstleistern (z.B. Hausärzte, andere Spitäler etc.) **einzufordern**.
- mein behandelnder Arzt/Ärztin im Rahmen meiner Behandlung **ermächtigt** ist, bestehende medizinische Akten und Informationen über mich **an anderen** medizinischen Dienstleistern (z.B. Hausärzte, andere Spitäler etc.) **weiterzugeben**.

**Wichtig:**

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

Ich bestätige, dass ich die Informationen verstanden und zustimmend zu Kenntnis genommen habe.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Patient/in** \_\_\_\_\_  
(oder des gesetzlichen Vertreters)

