



Patientenanmeldung

1. Eintrittsgrund

Krankheit Unfall Gutachten Andere _____
 Berufskrankheit Geburtsgebrechen
 Schwangerschaft/Geburt Zwillingsgeburt Errechneter Geburtstermin _____

2. Personalien

Name _____ Vorname _____ Geschlecht: Weiblich Männlich
Geburtsdatum _____ AHV/SV-Nummer _____ Beruf _____
Nationalität _____ Heimatort _____ Aufenthaltsstatus: B C Ci G
 L F N S
Telefon _____ Mobile _____
Konfession: Keine Ev.-Ref. Röm.-Kath. Islamisch Jüdisch Andere _____
Seelsorge? Ja Nein (wird nur bei stationärem Spitalaufenthalt angeboten)
Zivilstand: Ledig Verheiratet Eingetragene Partnerschaft Verheiratet alleinlebend
 Getrennt Geschieden Aufgelöste Partnerschaft Verwitwet

3. Wohnsitz (amtlich gemeldet)

Strasse/Nummer _____
PLZ/Ort _____ Land _____

4. Alternative Korrespondenzadresse (z. B. Wochenaufenthalt, Altersheim)

Strasse/Nummer _____
PLZ/Ort _____ Land _____

5. Bezugsperson

Haben Sie eine gesetzliche Vertretung? Ja Nein

Kontaktperson 1

Bezug: Ehepartner Eingetragene Partnerschaft Eltern/Elternteil Tochter/Sohn
 Geschwister Bekannte/Bekannter Beistand/Vormund Behörde Andere _____

Name _____ Vorname _____ Telefon/Mobile _____

Strasse/Nummer _____ E-Mail _____

PLZ/Ort _____ Land _____

Kontaktperson 2 (optional)

Bezug: Ehepartner Eingetragene Partnerschaft Eltern/Elternteil Tochter/Sohn
 Geschwister Bekannte/Bekannter Beistand/Vormund Behörde Andere _____

Name _____ Vorname _____ Telefon/Mobile _____

Strasse/Nummer _____ E-Mail _____

PLZ/Ort _____ Land _____

6. Bei Krankheit/Schwangerschaft/Geburt

Versicherungsdeckung Krankenversicherung:

- Allgemein Wohnkanton Wahl der Abteilung bei Eintritt (Flexmodell)
 Allgemein ganze Schweiz Mit EU-Versicherungskarte (nur Notfall)
 Halbprivat Ohne Versicherungsdeckung (Selbstzahler)
 Privat

Name der Grundversicherung/Ort 8,0,7,5,6
Kennnummer der Karte

Name der Zusatzversicherung/Ort 8,0,7,5,6
Kennnummer der Karte

Vorhandene Ausschlüsse/Karenzfristen

7. Bei Unfall

- Versicherungsdeckung via Krankenversicherung (siehe Punkt 6)
 Versicherungsdeckung via Unfallversicherung

Versicherungsdeckung Unfallversicherung:

- Allgemein Halbprivat Privat Ohne Versicherungsdeckung (Selbstzahler)

Name der Grundversicherung/Ort Versicherungs-/Policennummer

Name der Zusatzversicherung/Ort Versicherungs-/Policennummer

Unfalldatum Unfallort

Schadennummer

Arbeitgeber/Arbeitslosenkasse ALK

Anstellungsverhältnis: Berufstätig Nicht berufstätig mit Unfallversicherung via ALK

Firma (oder Arbeitslosenkasse) Telefon

Strasse/Nummer PLZ/Ort

Land Angestellt seit

8. Andere Versicherungen (optional)

- Militärversicherung Invalidenversicherung

Name der Versicherung/Ort IV-Verfügungsnummer

9. Hausärztin/Hausarzt/Gruppenpraxis

Name Vorname

Praxis

Strasse/Nummer PLZ/Ort

10. ZuweiserIn (sofern abweichend von Punkt 9)

Name Vorname

Spital/Klinik/Praxis

Strasse/Nummer PLZ/Ort

11. Kommunikation per E-Mail

Ich erkläre mich einverstanden, dass das Stadtspital Waid und Triemli im ungesicherten E-Mail-Verkehr mit mir kommuniziert.

Ja Nein _____
E-Mail

12. Gewünschte Behandlung für stationären Aufenthalt

Beachten Sie allfällige Zusatzkosten, falls Sie von Ihrer Versicherungsdeckung abweichen.

- Allgemein Halbprivat Privat

Kostenübernahme

Die Patientin/der Patient anerkennt, dass sie/er SchuldnerIn gegenüber dem Stadtspital Waid und Triemli ist. Sie/er bestätigt, den Umfang ihres/seines Versicherungsschutzes zu kennen. Das Stadtspital Waid und Triemli hat keine Abklärungspflicht. Erfolgen Untersuchungen/Behandlungen entgegenkommenderweise durch das Stadtspital Waid und Triemli, ohne dass eine entsprechende Kostengutsprache und/oder Kostenübernahme eines Leistungsträgers (Kanton/Versicherung) vorliegt, werden die anfallenden Kosten der Patientin/dem Patienten in Rechnung gestellt. Die Patientin/der Patient kann nachträglich nicht geltend machen, sie/er habe sich geirrt oder den Versicherungsschutz falsch eingeschätzt. Das Stadtspital Waid und Triemli kann die Patientin/den Patienten auffordern, ein Depot über die voraussichtlich anfallenden Untersuchungs- und Behandlungskosten zu hinterlegen. Die Patientin/der Patient informiert sich eigenständig über das auf sie/ihn anwendbare Recht, inkl. Aufnahme- und Taxordnung des Stadtspitals Waid und Triemli sowie Taxverfügung des Stadtspitals Waid und Triemli (AS 813.110 und 813.111).

Datenschutz

Die Patientin/der Patient erklärt mit ihrer/seiner Unterschrift die Richtigkeit der in diesem Formular gemachten Angaben. Für allfällige Fehler trägt sie/er die Haftung. Sie/er erteilt die Genehmigung zur Weitergabe sämtlicher zum Zwecke der Personaldatenabklärung und Kostensicherung notwendigen Daten an die zuständigen Stellen (z. B. Versicherungen, Sozialamt, Betreibungsamt, Kesb). Bei gewissen Erkrankungen ist zudem die Erfassung von krankheitsbezogenen Daten gesetzlich gefordert (z. B. Krebsregistrierungsgesetz KRG). Die Erfassung, Verwendung und Weitergabe der Daten erfolgt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes.

Entbindung von der Schweigepflicht

Die Patientin/der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass bei den vorbehandelnden Ärztinnen/Ärzten und Medizinalpersonen die zur Durchführung der Behandlung notwendigen medizinischen Informationen eingeholt werden und entbindet das Spitalpersonal in diesem Umfang von seiner beruflichen Schweigepflicht.

Die Patientin/der Patient erklärt sich einverstanden, dass das Stadtspital Waid und Triemli im Falle der Nichtbegleichung von offenen Rechnungen die Patientin/den Patienten 30 Tage nach Zugang der ersten Mahnung betreiben kann. Hierzu entbindet sie/er das Stadtspital Waid und Triemli von der Schweigepflicht.

Medizinische Berichte

Medizinische Berichte werden automatisch an die Hausärztin / den Hausarzt und die Zuweiserin / den Zuweiser verschickt.

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit der Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift PatientIn
oder gesetzliche Vertretung

Stadtspital Waid
Tièchestrassè 99, 8037 Zürich
+41 44 417 23 03, waidspital.ch

Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich
+41 44 416 11 11, triemli.ch