

Приёмный формуляр пациента

Заполните формуляр латинскими буквами

Поступление

- Амбулаторное Стационарное Частично стационарное
(амбулаторное дневное отделение)

КАКАЯ КЛИНИКА НАПРАВИЛА ПЛАНИРУЕМАЯ ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ/ЛЕЧЕНИЯ ПЛАНИРУЕМОЕ ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ/ЛЕЧЕНИЯ

Общие данные

Личные данные

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ/НОМЕР СТРАХОВАНИЯ ПО ВОЗРАСТУ И СМЕРТИ (АНВ) НОМЕР КАРТОЧКИ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

ФАМИЛИЯ ИМЯ ФАМИЛИЯ ДО ВСТУПЛЕНИЯ В БРАК

ДАТА РОЖДЕНИЯ ПОЛ женский мужской МЕСТО ПРОИСХОЖДЕНИЯ/КАНТОН

ПРОФЕССИЯ ЯЗЫК НАЦИОНАЛЬНОСТЬ ВИД НА ЖИТЕЛЬСТВО

РЕЛИГИЯ/ВЕРОИСПОВЕДАНИЕ реформатская римско-католическая другая:

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ холост/не замужем женат/замужем зарегистрированный гражданский брак раздельное проживание разведен/а вдова/ец

Официальное налоговое место жительства/адрес проживания

УЛИЦА / НОМЕР ДОМА ПОЧТОВЫЙ КОД / НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ КАНТОН/СТРАНА

ТЕЛЕФОН МОБИЛЬНЫЙ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

Второе место проживания / местонахождения на неделе

ПРОЖИВАНИЕ У

УЛИЦА / НОМЕР ДОМА ПОЧТОВЫЙ КОД / НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ КАНТОН/СТРАНА

ТЕЛЕФОН МОБИЛЬНЫЙ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

Работодатель

ФАМИЛИЯ/ НАЗВАНИЕ ТЕЛЕФОН/МОБИЛЬНЫЙ

УЛИЦА / НОМЕР ДОМА ПОЧТОВЫЙ КОД / НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ КАНТОН/СТРАНА

Близкий человек

- СУПРУГ/СУПРУГА СПУТНИК/СПУТНИЦА В ГРАЖДАНСКОМ БРАКЕ РОДИТЕЛИ БРАТ/СЕСТРА ДРУГИЕ:

ФАМИЛИЯ ИМЯ ТЕЛЕФОН/МОБИЛЬНЫЙ

УЛИЦА / НОМЕР ДОМА ПОЧТОВЫЙ КОД / НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ КАНТОН/СТРАНА

Запрос информации от врачей и медицинского персонала, осуществлявших лечение ранее

Пациент выражает согласие на то, чтобы Университетская клиника Цюриха запросила необходимую для проведения лечения медицинскую информацию у врачей, а также другого медицинского персонала, осуществлявших лечение ранее, и освобождает их в этом объеме от запрета на разглашение профессиональной тайны.

- да нет

ФАМИЛИЯ ИМЯ

Поступление в клинику осуществляется по причине

- | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> болезни | <input type="checkbox"/> материнства |
| <input type="checkbox"/> несчастного случая | <input type="checkbox"/> необходимости медзаключения |
| <input type="checkbox"/> врожденной болезни | <input type="checkbox"/> профессионального заболевания |

Данные по Вашей страховке

Страховое покрытие

- | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Общее для проживаемого кантона | <input type="checkbox"/> Самостоятельная оплата |
| <input type="checkbox"/> Общее для Швейцарии | |
| <input type="checkbox"/> Наполовину частное | |
| <input type="checkbox"/> Частное | |

ЖЕЛАЕМОЕ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Общее
 Наполовину частное
 Частное

Базовая страховка

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ/НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ

Дополнительная страховка

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ/НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ НОМЕР ПОЛИСА

ИМЕЮЩИЕСЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ

Страхование по несчастному случаю/по инвалидности/военное страхование

- | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Страховка от несчастных случаев | <input type="checkbox"/> Военная страховка |
| <input type="checkbox"/> Страховка по инвалидности | |

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ/НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ НОМЕР ПОЛИСА

НОМЕР НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ ОПОЗНАВАТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ПРЕДПРИЯТИЯ

МЕСТО НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ ДАТА НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

НОМЕР РАСПОРЯЖЕНИЯ IV

Фамилия/адрес Вашего домашнего врача

ФАМИЛИЯ ТЕЛЕФОН/МОБИЛЬНЫЙ

УЛИЦА/НОМЕР ДОМА ПОЧТОВЫЙ КОД/НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ

Фамилия/адрес направляющего врача

ФАМИЛИЯ ТЕЛЕФОН/МОБИЛЬНЫЙ

УЛИЦА/НОМЕР ДОМА ПОЧТОВЫЙ КОД/НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ

Вы уже проходили когда-либо лечение в университетской клинике Цюриха?

- нет да, в каком отделении?

Адрес для указания на счёте (если иной)

ФАМИЛИЯ ТЕЛЕФОН/МОБИЛЬНЫЙ

УЛИЦА/НОМЕР ДОМА ПОЧТОВЫЙ КОД/ НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ

Информация по приёму

Университетская клиника Цюриха обязана на основе § 24 «Порядка о тарифах и услугах Университетской клиники Цюриха от 25.03.2009» при приёме проверить Ваши личные данные. Для этого нам необходимы:

- Действующее удостоверение личности, загранпаспорт или справка с места жительства, выдаваемая при необходимости в местных органах по регистрации населения. Не швейцарцы могут также предъявить удостоверение личности иностранца.
- Карта страхователя страхового учреждения (медицинская страховка, страховка по несчастному случаю, IV и т. д.).
- Направление клиники или соответствующие документы от врача, направившего Вас.
- Данный заполненный и подписанный приёмный формуляр.

Несение расходов

Пациент принимает к сведению, что он/она по отношению к Университетской клинике Цюриха является плательщиком за лечение, которое он/она пожелал/а. Он/она подтверждает, что знает объем своего страхового покрытия; Университетская клиника Цюриха не обязана его проверять. Если будет предупредительно проведена проверка Университетской клиникой Цюриха и если не будет гарантии возмещения расходов и/или несения расходов со стороны учреждения (страховка/кантон), то расходы будут выставлены в счет пациенту. Пациент впоследствии не может ссылаться на то, что он/она ошибся/лась или неправильно оценил/а страховое покрытие. Университетская клиника Цюриха может потребовать от него/нее в связи с недостаточностью гарантий оплаты внести депозит в размере предполагаемой стоимости лечения.

Пациент подтверждает своей подписью правильность сведений. Помимо этого он/она дает свое согласие на передачу всех данных, необходимых для обеспечения оплаты и при необходимости для установления личных данных, задействованным учреждениям (например, больничной кассе, ведомству по социальному обеспечению). Передача данных осуществляется с учетом требований защиты личных данных.

Исследования

Я согласен/а с тем, что мои медицинские данные разрешается использовать для будущих проектов в исследованиях и обучении. В случае передачи данных третьим лицам моя анонимность обеспечивается в любом случае. Я в любое время могу отозвать свое согласие.

- да нет

Место

Дата

Подпись пациента или законного представителя

UniversitätsSpital Zürich
Direktion Finanzen
Rämistrasse 100
8091 Zürich
Телефон +41 (0)44 255 11 11
www.usz.ch