

Formular për pranimin e pacientëve

Lloji i hyrjes (pranimit)

- Ambulator Stacionar Klinikë ditore ambulatore (gjysmë-stacionare/spitalore)

LAJMËRIMI - PËRMES CILËS KLINIKË

DATA E HYRJES/DATA E TRAJTIMIT MJEKËSOR

KOHË E HYRJES/KOHË E TRAJTIMIT MJEKËSOR

Të dhënat e përgjithshme

Të dhënat personale

NUMRI I SIGURIMIT SOCIAL / NUMRI AHV

NUMRI I KARTËS SË SIGURIMIT

MBIEMRI

EMRI

MBIEMRI I BEQARISË

DATA E LINDJES

GJINIA femër mashkull

VENDLINDJA/KANTONI

PROFESIONI

GJUHA

NACIONALITETI

LEJA E QËNDRIMIT

RELIGJIONI/KONFESIONI e/i reformuar rom-katol. të tjera:GJENDJA CIVILE beqar/e e/i martuar partneritet civil e/i ndarë e/i divorcuar e/i vejë

Vendbanimi ku paguan taksa / Adresa e banimit

RRUGA/NUMRI

NUMRI POSTAR/VENDI

KANTONI/SHTETI

TELEFONI

CELULARI

E-MAILI

Vendbanim tjetër/Vendqëndrim brenda javës

ME BANIM TE (C/O)

RRUGA/NUMRI

NUMRI POSTAR/VENDI

KANTONI/SHTETI

TELEFONI

CELULARI

E-MAILI

Punëdhënësi

EMRI/MBIEMRI

TELEFONI/CELULARI

RRUGA/NUMRI

NUMRI POSTAR/VENDI

KANTONI/SHTETI

Personi për kontakt

 Bashkëshort-i/ja Partneritet civil Prindërit/prindi Vëlla/motër Të tjerë:

EMRI

MBIEMRI

TELEFONI/CELULARI

RRUGA/NUMRI

NUMRI POSTAR/VENDI

KANTONI/SHTETI

Marrja e informacioneve nga mjekët që e bëjnë trajtimin mjekësor paraprak dhe nga personeli mjekësor

Pacienti/ja deklaron se është dakord, që USZ (Spitali Universitar Zyrih) nga mjekët që e kryejnë trajtimin mjekësor paraprak si dhe nga personeli tjetër mjekësor që e kryen trajtimin, mund t'i marrë informacionet mjekësore të cilat janë nevojshme për realizimin e mjekimit, dhe e liron në këtë vëllim nga detyrimi i tij i heshtjes profesionale.

 po jo

.....
MBIEMRI

.....
EMRI

Arsyeja e hyrjes në spital

- sëmundje
 aksident
 e metë e lindur (kongenital)

- amësi (maternitet)
 ekspertizë
 sëmundje profesionale

Të dhënat për sigurimin Tuaj

Mbulimi i sigurimit bëhet

- në përgjithësi në kantonin ku banon
 në përgjithësi në mbarë Zvicrën
 gjysmë-privat
 privat
- me vetëfinancim

MJEKIMI I DËSHIRUAR STACIONAR (NË SPITAL)

- i përgjithshëm
 gjysmë-privat
 privat

Sigurimi bazë

.....
EMRI I KOMPANISË SË SIGURIMIT/VENDI

Zusatzversicherung

.....
EMRI I KOMPANISË SË SIGURIMIT/VENDI

.....
NUMRI I POLICËS

.....
KOMISIONET EKZISTUESE

Sigurimi në rast aksidenti/Sigurimi invalidor/Sigurimi ushtarak

- sigurimi në rast aksidenti
 sigurimi ushtarak
 sigurimi invalidor

.....
EMRI I KOMPANISË SË SIGURIMIT/VENDI

.....
NUMRI I POLICËS

.....
NUMRI I AKSIDENTIT

.....
NUMRI I RRUGËS (PUNËS)

.....
VENDI I AKSIDENTIT

.....
DATA E AKSIDENTIT

.....
NUMRI DISPOZITIV NGA SIGURIMI INVALIDOR (IV)

Emri-mbiemri/Adresa e mjekut Tuaj të shtëpisë

.....
EMRI-MBIEMRI

.....
TELEFONI/CELULARI

.....
RRUGA/NUMRI

.....
NUMRI POSTAR/VENDI

Emri-mbiemri/Adresa e mjekut referues (që ka dhënë rekomandim)

.....
EMRI-MBIEMRI

.....
TELEFONI/CELULARI

.....
RRUGA/NUMRI

.....
NUMRI POSTAR/VENDI

A jeni mjekuar ndonjëherë në Spitalin Universitar Cyrih?

- jo nëse po, në cilën klinikë?

Adresa që ndryshon nga ajo ku dërgohen llogaritë për pagesë

.....
MBIEMRI

.....
EMRI

.....
RRUGA/NUMRI

.....
NUMRI POSTAR/VENDI

Informacione lidhur me hyrjen/pranimin

Neni 24 i «Rregullores së taksave të Spitalit Universitar Cyrih të datës 25.03.2009» e obligon Spitalin Universitar Cyrih që gjatë pranimit Tuaj, t'i verifikojë të dhënat e Juaja personale. Për këtë nevojiten:

- Një letërnjoftim apo pasaportë e vlefshme ose një fletë-pranim të shkresave, e cila mund të merret pranë Zyrës lokale për regjistrimin e banorëve. Shtetasit e huaj (jo-zvicëranët) mund ta parashtrajnë letërnjoftimin për të huajt.
- Karta e sigurimit e bartësit të sigurimit (sigurimi shëndetësor, sigurimi në rast aksidenti, sigurimi invalidor etj.).
- Shkresa referenciale e Klinikës ose dokumentet përkatëse rekomanduese të mjekut Tuaj, që Ju ka dërguar/rekomanduar
- Ky formular për hyrje/pranim, të plotësuar dhe të nënshkruar.

Marrja përsipër e shpenzimeve

Pacienti/ja është vënë në dijeni se ai/ajo për mjekimin e tij/saj të dëshiruar i detyrohet për pagesë (i bëhet borxhli) Spitalit Universitar Cyrih (USZ). Ai/ajo vërteton se e pranon vëllimin e mbrojtjes së tij/saj të sigurimeve; USZ-ja nuk është e obliguar për të dhënë sqarime. Nëse ndodh që USZ-ja të japë sqarime në formë ndihmuese, dhe po që se nga ana e një bartësi të sigurimeve (Sigurimi/Kantoni) nuk kemi garancë në vëllimin e plotë të shpenzimeve për mbulimin e shpenzimeve ose/dhe marrjen përsipër të shpenzimeve, atëherë shpenzimet do t'i bartë pacienti/pacientja. Pacienti/pacientja nuk mund të kërkojë në mënyrë plotësuese që t'i merret parasysh arsyetimi se ai/ajo ka gabuar ose mbrojtjen e sigurimeve e ka kuptuar gabimisht. USZ-ja, në mungesë të garantimit për mbulimin e shpenzimeve, mund të kërkojë nga ai/ajo që të depozitohet një shumë të hollash (depozitë) për shpenzimet e parashikuara të mjekimit.

Pacienti/pacientja me nënshkrimin e tij/saj deklaron se të dhënat janë të sakta. Ai/ajo jep pëlqimin që të gjitha të dhënat e nevojshme, me qëllim të sigurimit të shpenzimeve dhe eventualisht për sqarimin e të dhënave personale, të mund të përcillen më tej deri te organet/zyrat pjesëmarrëse (p.sh. Arka e sigurimit shëndetësor, Zyra Sociale). Përcjellja e mëtejshme e të dhënave bëhet duke i marrë parasysh detyrimet që dalin nga mbrojtja e të dhënave.

Kërkimi (hulumtimi)

Unë jam dakord që të dhënat e mia mjekësore mund të përdoren për projektet e ardhshme në procesin e kërkimit dhe të mësimin. Në rast të përcjelljes së mëtejshme të të dhënave të mia personave të tretë, në çdo rast do të ruhet anonimiteti im. Pëlqim tim unë mund të tërheqë në çdo kohë.

- po jo

Vendi

Data

Nënshkrimi i pacientes/pacientit ose i përfaqësuesit ligjor

Spitali Universitar Cyrih
Drejtoria Financat
Rämistrasse 100
8091 Cyrih (Zürich)
Telefoni +41 (0)44 255 11 11
www.usz.ch