

# Prijemni obrazac za pacijente

## Vrsta prijema

- Ambulantno
  Stacionarno
  Ambulantna dnevna klinika (djelomično stacionarno)

POZIV OD KOJE KLINIKE

DATUM PRIJEMA/LIJEČENJA

VRIJEME PRIJEMA/LIJEČENJA

## Opći podaci

### Osobni podaci

BR. SOCIJALNOG OSIGURANJA/AHV BROJ

BROJ OSIGURANIČKE KARTE

PREZIME

IME

DJEVOJAČKO IME

DATUM ROĐENJA

SPOL  ženski  muški

ZAVIČAJNO MJESTO/KANTON

ZVANJE

JEZIK

NARODNOST

DOZVOLA BORAVKA

VJERA/KONFESIJA

reformiran

rimsko-kat.

druga:

BRAČNO STANJE

neudata/neoženjen

udata/oženjen

upisano partnerstvo

rastavljen

razveden

udovica

### Porezno pravno prebivalište / adresa prebivališta

ULICA/BROJ

POŠTANSKI BROJ/MJESTO

KANTON/ZEMLJA

TELEFON

MOBILNI

E-MAIL

### Drugo prebivalište / tjedno prebivalište

PREBIVALIŠTE KOD C/O

ULICA/BROJ

POŠTANSKI BROJ/MJESTO

KANTON/ZEMLJA

TELEFON

MOBILNI

E-MAIL

### Poslodavac

IME

TELEFON / MOBILNI

ULICA / BROJ

POŠTANSKI BROJ / MJESTO

KANTON / ZEMLJA

### Referentna osoba

bračni partner

upisano partnerstvo

roditelji / jedan roditelj

braća i sestre

ostali:

PREZIME

IME

TELEFON / MOBILNI

ULICA / BROJ

POŠTANSKI BROJ / MJESTO

KANTON / ZEMLJA

### Dobivanje informacija kod predliječnog liječnika i medicinskog osoblja

Pacijenti izjavljuju da se slažu sa time, da USZ kod predliječnog liječnika i liječnica kao i kod ostalog predliječnog medicinskog osoblja mogu dobiti potrebne medicinske informacije koje su potrebne za sprovođenje liječenja i oslobađa ih u ovom opsegu od njihove službene obveze šutnje.

da  ne

PREZIME .....

IME .....

### Prijem u bolnicu je usljedio na osnovu

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bolesti       | <input type="checkbox"/> Materinstva           |
| <input type="checkbox"/> Nesreće       | <input type="checkbox"/> Mišljenja             |
| <input type="checkbox"/> Urođenih mana | <input type="checkbox"/> Profesionalne bolesti |

## Podaci o osiguranju

### Pokriće osiguranja

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Općenito kanton prebivališta | <input type="checkbox"/> Samoplatilac |
| <input type="checkbox"/> Općenito cijela Švicarska    |                                       |
| <input type="checkbox"/> Poluprivatno                 |                                       |
| <input type="checkbox"/> Privatno                     |                                       |

### ŽELJENO STACIONARNO LIJEČENJE

- Općenito  
 Poluprivatno  
 Privatno

### Osnovno osiguranje

IME OSIGURANJA / MJESTO .....

### Dodatno osiguranje

IME OSIGURANJA / MJESTO ..... BROJ POLICE .....

POSTOJEĆA ISKLJUČENJA .....

### Osiguranje od nesreće / Invalidsko osiguranje / Vojno osiguranje

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Osiguranje od nesreće | <input type="checkbox"/> Vojno osiguranje |
| <input type="checkbox"/> Invalidsko osiguranje |   |

IME OSIGURANJA / MJESTO ..... BROJ POLICE .....

BROJ NESREĆE ..... POSLOVNI BROJ .....

MJESTO NESREĆE ..... DATUM NESREĆE .....

IV-BROJ RASPOLAGANJA, .....

### Ime / adresa vašeg kućnog liječnika

IME ..... TELEFON / MOBILNI .....

ULICA / BROJ ..... POŠTANSKI BROJ / MJESTO .....

### Ime/Adresa uputnog liječnika

IME ..... TELEFON / MOBILNI .....

ULICA / BROJ ..... POŠTANSKI BROJ / MJESTO .....

### Da li ste već bili liječeni u sveučilišnoj bolnici Zürich?

ne  da, koja klinika? .....

### Odstupajuća adresa za račune

PREZIME ..... IME .....

ULICA / BROJ ..... POŠTANSKI BROJ / MJESTO .....

## Prijemne informacije

Sveučilišna bolnica Zürich je po § 24 «Taksenih propisa sveučilišne bolnice Zürich od 25.3.2009» obvezatna, prilikom vašeg prijema provjeriti vaše osobne podatke.

K tome je potrebno:

- Jedna valjana osobna iskaznica, putovnica ili službeni list za primanje domovnice, koji se dobije službe za kontrolu stanovništva. Osobe koje nisu švicarci mogu predložiti stranu iskaznicu.
- Osiguranička karta nosioca plaćanja osiguranja (zdravstveno osiguranje, osiguranje od nesreće, IV itd.).
- Pozivni dopis klinike ili odgovarajući uputni papiri vašeg uputnog liječnika.
- Ovaj ispunjeni i potpisani prijemni obrazac.

## Preuzimanje troškova

Pacijenti uzimaju na znanje, da su oni dužnici prema USZ-u u svezi od njih željenog liječenja. On/ona potvrđuje, da pozna opseg njegove/njene zaštite osiguranja; da USZ nema nikakvu obvezu razjašnjavanja. Ako zbog predusretanja dođe do razjašnjavanja od strane USZ-a i ako ne postoji punoopsežno obećanje preuzimanja troškova, i/ili preuzimanje troškova nekog nosioca plaćanja (osiguranje/ Kanton), troškovi će se zaračunati pacijentima. Pacijenti to ne mogu naknadno zahtijevati, da su se zabunili ili da su zaštitu osiguranja pogrešno procijenili. USZ može od njih zbog nedostatka obećanja preuzimanja troškova zahtijevati jedan depo o predviđenim troškovima liječenja.

Pacijenti potvrđuju svojim potpisima točnost podataka. Nadalje oni dodjeljuju odobrenje za prosljeđivanje svih podataka potrebnih za svrhe osiguranja troškova i po potrebi razjašnjavanja osobnih podataka učesničkim službama (npr. bolesničke blagajne, socijalne službe). Prosljeđivanje podataka uslijedi uz poštivanje obveza zaštite podataka.

## Istraživanje

Suglasan sam time, da se moji medicinski podaci mogu upotrijebiti za buduće projekte u istraživanju i nauci. U slučaju prosljeđivanja podataka trećima moja anonimnost će u svakom slučaju biti očuvana. U bilo kojem trenutku mogu povući svoj pristanak.

da  ne

Mjesto

Datum

Potpis pacijenta ili zakonskog  
zastupnika

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