

# Formulaire d'entrée pour les patients

## Type d'hospitalisation

- Ambulatoire
  Stationnaire
  Hôpital de jour ambulatoire (semi-stationnaire)

CONVOCACTION PAR QUELLE CLINIQUE

DATE D'ADMISSION/DE TRAITEMENT

HEURE D'ADMISSION/DE TRAITEMENT

## Informations générales

### Données personnelles

NUMERO DE SECURITE SOCIALE/AVS

NUMERO DE CARTE D'ASSURE

NOM

PRENOM

NOM DE NAISSANCE

DATE DE NAISSANCE

SEXE  Féminin  Masculin

VILLE D'ORIGINE/CANTON

PROFESSION

LANGUE

NATIONALITE

PERMIS DE SEJOUR

RELIGION/CONFESSION  Protestante  Catholique romaine  Autre: .....ETAT CIVIL  Célibataire  Marié(e)  Partenaire enregistré  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf/veuve

### Résidence fiscale/adresse résidentielle

RUE/NUMERO

NPA/LIEU

CANTON/PAYS

TELEPHONE

MOBILE

E-MAIL

### Autre résidence/personne séjournant hors de son lieu de domicile

DOMICILIE(E) C/O

RUE/NUMERO

NPA/LIEU

CANTON/PAYS

TELEPHONE

MOBILE

E-MAIL

### Employeur

NOM

TELEPHONE/MOBILE

RUE/NUMERO

NPA/LIEU

CANTON/PAYS

### Personne de référence

 Conjoint
  Partenaire enregistré
  Parents/parent seul
  Frère ou sœur
  Autre: .....
 

NOM

PRENOM

TELEPHONE/MOBILE

RUE/NUMERO

NPA/LIEU

CANTON/PAYS

### Collecte d'informations auprès de médecins et du personnel soignant ayant traité le patient au préalable

Le patient/la patiente donne son accord pour que l'USZ collecte les informations médicales nécessaires à la réalisation du traitement auprès des médecins et du personnel soignant ayant traité le patient au préalable et libère ceux-ci de leur obligation de secret professionnel dans cette mesure.

 Oui  Non


NOM ..... PRENOM .....

### Admission à l'hôpital en raison de

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie               | <input type="checkbox"/> Maternité                  |
| <input type="checkbox"/> Accident              | <input type="checkbox"/> Expertise pour l'assurance |
| <input type="checkbox"/> Infirmité congénitale | <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle    |

### Informations sur votre assurance

#### Couverture d'assurance

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Générale dans le canton du domicile | <input type="checkbox"/> Patient payant lui-même |
| <input type="checkbox"/> Générale dans toute la Suisse       |  |
| <input type="checkbox"/> Semi-privée                         |  |
| <input type="checkbox"/> Privée                              |  |

DIVISION SOUHAITEE

- Commune  
 Semi-privée  
 Privée

#### Assurance de base

NOM DE L'ORGANISME/LIEU .....

#### Assurance complémentaire

NOM DE L'ORGANISME/LIEU ..... NUMERO DE POLICE .....

EXCLUSIONS

#### Assurance accidents/invalidité/militaire

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assurance accidents  | <input type="checkbox"/> Assurance militaire |
| <input type="checkbox"/> Assurance invalidité |  |

NOM DE L'ORGANISME/LIEU ..... NUMERO DE POLICE .....

NUMERO D'ACCIDENT ..... NUMERO DE L'ENTREPRISE .....

LIEU DE L'ACCIDENT ..... DATE DE L'ACCIDENT .....

NUMERO DE LA DECISION AI .....

### Nom/adresse du médecin de famille

NOM ..... TELEPHONE/MOBILE .....

RUE/NUMERO ..... NPA/LIEU .....

#### Nom/adresse du médecin ayant établi la demande d'admission

NOM ..... TELEPHONE/MOBILE .....

RUE/NUMERO ..... NPA/LIEU .....

### Avez-vous déjà été traité à l'hôpital universitaire de Zurich auparavant?

- Non  Oui, quelle clinique? .....

### Adresse de facturation différente

NOM ..... PRENOM .....

RUE/NUMERO ..... NPA/LIEU .....

## Informations sur l'admission

Selon le régime tarifaire de l'hôpital universitaire de Zurich «Taxordnung des UniversitätsSpitals Zürich vom 25.3.2009» en date du 25/03/2009, § 24, l'USZ est tenu de vérifier vos données personnelles lors de votre enregistrement.

Pour cela, nous avons besoin de:

- Une carte d'identité valable, un passeport ou une attestation de domicile disponible auprès des autorités locales du contrôle des habitants. Les non-Suisses peuvent également présenter leur permis de séjour.
- La carte d'assuré de l'organisme de financement (assurance maladie, assurance-accidents, assurance invalidité, etc.).
- La lettre de convocation de la clinique ou les documents d'hospitalisation établis par votre médecin traitant.
- Ce formulaire d'entrée, rempli et signé.

## Prise en charge des coûts

Le patient/la patiente prend note du fait qu'il/elle est débiteur envers l'UFZ pour le traitement souhaité. Il/elle confirme connaître l'étendue de sa protection d'assurance, l'UFZ n'a pas d'obligation de clarification. Si, par obligeance, l'UFZ se charge d'une clarification et si l'ensemble des frais ne devaient pas faire l'objet d'une garantie de paiement/prise en charge par un organisme de financement (assurance/canton), les frais seront facturés au patient/à la patiente. Le patient/la patiente ne peut pas faire valoir a posteriori qu'il/elle s'était trompé(e) ou avait mal estimé la couverture d'assurance. L'USZ peut, en cas d'absence de garantie de paiement des coûts, lui demander de faire un dépôt à hauteur du montant estimé des frais de traitement.

Par sa signature, le/la patient(e) confirme l'exactitude des informations données. De plus, il/elle donne son accord pour la transmission aux organismes impliqués (par ex. la caisse d'assurance-maladie, les services sociaux) de toutes les données nécessaires à assurer le paiement des frais et, le cas échéant, la vérification d'identité. La transmission des données est effectuée conformément aux règlements de protection des données.

## Recherche

Je donne mon accord à ce que mes données médicales soient utilisées pour des projets futurs de recherche et d'enseignement. En cas de transmission des données à des tiers, mon anonymat sera assuré dans tous les cas. Je peux révoquer mon consentement en tout temps.

- Oui  Non

Lieu

Date

Signature du patient  
ou de son représentant légal

UniversitätsSpital Zürich  
Direction des finances  
Rämistrasse 100  
8091 Zurich  
Téléphone: +41 (0)44 255 11 11  
www.usz.ch