

Aufnahmeformular für Patienten

Eintrittsart

- Ambulant
 Stationär
 Ambulante Tagesklinik (Teilstationär)

AUFGEBOT DURCH WELCHE KLINIK

EINTRITTS-/BEHANDLUNGSDATUM

EINTRITTS-/BEHANDLUNGSZEIT

Allgemeine Angaben

Personalien

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER/AHV-NUMMER

VERSICHERTENKARTENNUMMER

NAME

VORNAME

LEDIGER NACHNAME

GEBURTSDATUM

GESCHLECHT weiblich männlich

HEIMATORT/KANTON

BERUF

SPRACHE

NATIONALITÄT

AUFENTHALTSBEWILLIGUNG

RELIGION/KONFESSION reformiert

röm.-kath.

andere:

ZIVILSTAND ledig verheiratet

eingetragene Partnerschaft getrennt

geschieden

verwitwet

Steuerrechtlicher Wohnsitz/Wohnadresse

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

KANTON/LAND

TELEFON

MOBILE

E-MAIL

Anderer Wohnsitz/Wochenaufenthalter

WOHNHAFT BEI C/O

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

KANTON/LAND

TELEFON

MOBILE

E-MAIL

Arbeitgeber

NAME

TELEFON/MOBILE

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

KANTON/LAND

Bezugsperson

Ehepartner
 eingetragene Partnerschaft
 Eltern/Elternteil
 Geschwister

andere:

NAME

VORNAME

TELEFON/MOBILE

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

KANTON/LAND

Einholen von Informationen bei vorbehandelnden Ärzten und Medizinalpersonal

Der Patient/die Patientin erklärt sich damit einverstanden, dass das USZ bei den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren vorbehandelnden Medizinalpersonen die zur Durchführung der Behandlung notwendigen medizinischen Informationen einholt und entbindet sie in diesem Umfang von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

ja nein

NAME VORNAME

Spitaleintritt erfolgt aufgrund

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Mutterschaft |
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Gutachten |
| <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |

Angaben zu Ihrer Versicherung

Versicherungsdeckung

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgemein Wohnkanton | <input type="checkbox"/> Selbstzahler |
| <input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz | |
| <input type="checkbox"/> Halbprivat | |
| <input type="checkbox"/> Privat | |

GEWÜNSCHTE STATIONÄRE BEHANDLUNG

- Allgemein
 Halbprivat
 Privat

Grundversicherung

NAME DER VERSICHERUNG/ORT

Zusatzversicherung

NAME DER VERSICHERUNG/ORT POLICEN-NUMMER

VORHANDENE AUSSCHLÜSSE

Unfall-/Invaliden-/Militärversicherung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> Militärversicherung |
| <input type="checkbox"/> Invalidenversicherung | |

NAME DER VERSICHERUNG/ORT POLICEN-NUMMER

UNFALL-NUMMER BETRIEBS-NUMMER

UNFALLORT UNFALLDATUM

IV-VERFÜGUNGS-NUMMER

Name/Adresse Ihres Hausarztes

NAME TELEFON/MOBILE

STRASSE/NUMMER PLZ/ORT

Name/Adresse des einweisenden Arztes

NAME TELEFON/MOBILE

STRASSE/NUMMER PLZ/ORT

Wurden Sie schon einmal im UniversitätsSpital Zürich behandelt?

nein ja, welche Klinik?

Abweichende Rechnungsadresse

NAME VORNAME

STRASSE/NUMMER PLZ/ORT

Eintrittsinformationen

Das UniversitätsSpital Zürich ist gemäss § 24 der «Taxordnung des UniversitätsSpitals Zürich vom 25.3.2009» verpflichtet, bei Ihrer Aufnahme Ihre Personaldaten zu überprüfen.

Dazu benötigen wir:

- Einen gültigen Personalausweis, Reisepass, oder aktuellen Schriftenempfangsschein, welcher bei den lokalen Einwohnerkontrollen erhältlich ist. Nicht-Schweizer können Ihren Fremdenausweis vorweisen.
- Die Versichertenkarte des Leistungsträgers (Krankenversicherung, Unfallversicherung, IV usw.).
- Das Aufgebotsschreiben der Klinik oder die entsprechenden Einweisungspapiere Ihres einweisenden Arztes.
- Dieses ausgefüllte und unterschriebene Eintrittsformular.

Kostenübernahme

Der Patient/die Patientin nimmt zur Kenntnis, dass er/sie gegenüber dem USZ Schuldner/in der von ihm/ihr gewünschten Behandlung ist. Er/Sie bestätigt, den Umfang seines/ihrer Versicherungsschutzes zu kennen; das USZ hat keine Abklärungspflicht. Erfolgen Abklärungen entgegenkommenderweise durch das USZ und sollte keine vollumfängliche Kostengutsprache und/oder Kostenübernahme eines Leistungsträgers (Versicherung/Kanton) vorliegen, werden die Kosten dem Patienten/der Patientin in Rechnung gestellt. Der Patient/die Patientin kann nachträglich nicht geltend machen, er/sie habe sich geirrt oder den Versicherungsschutz falsch eingeschätzt. Das USZ kann ihn/sie mangels Kostengutsprache auffordern, ein Depot über die voraussichtlichen Behandlungskosten zu hinterlegen.

Der Patient/die Patientin erklärt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben. Weiter erteilt er/sie die Genehmigung zur Weitergabe sämtlicher zum Zwecke der Kostensicherung und ggf. Personalienabklärung notwendigen Daten an die beteiligten Stellen (z.B. Krankenkasse, Sozialamt). Die Weitergabe der Daten erfolgt unter Berücksichtigung der Auflagen des Datenschutzes.

Forschung

Ich bin damit einverstanden, dass meine medizinischen Daten für künftige Projekte in Forschung und Lehre verwendet werden dürfen. Im Falle der Weitergabe der Daten an Dritte wird meine Anonymität in jedem Fall gewahrt. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

ja nein

Ort

Datum

Unterschrift Patientin/Patient
oder des gesetzlichen Vertreters

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