

Έντυπο Εισαγωγής Ασθενούς

Παρακαλώ συμπληρώστε το έντυπο με λατινικούς χαρακτήρες

Τύπος εισαγωγής

- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη Εσωτ. νοσηλεία Μερικώς εσωτ. νοσηλεία

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ/ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΩΡΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ/ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Γενικά στοιχεία

Προσωπικά στοιχεία

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ/ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΗΡΕΙΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΠΑΤΡΙΚΟ ΕΠΩΝΥΜΟ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΦΥΛΟ

θήλυ

άρρεν

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ/ΚΑΝΤΟΝΙ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΓΛΩΣΣΑ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

ΑΔΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ / ΔΟΓΜΑ

Διαμαρτ.

Ρωμαιοκαθολ.

Άλλο:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/ η

Έγγαμος/ η

Συζεί με νόμιμο σύντροφο

Εν διαστάσει

Διαζευγμένος/ η

Χήρος/ α

Τόπος κατοικίας φορολογουμένου/Διεύθυνση κατοικίας

ΟΔΟΣ/ ΑΡΙΘΜΟΣ

Τ.Κ./ ΠΟΛΗ

ΚΑΝΤΟΝΙ/ ΧΩΡΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

E-MAIL

Άλλη κατοικία /εβδομαδιαία διαμονή

ΚΑΤΟΙΚΩ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ C/O

ΟΔΟΣ/ ΑΡΙΘΜΟΣ

Τ.Κ./ ΠΟΛΗ

ΚΑΝΤΟΝΙ/ ΧΩΡΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

E-MAIL

Εργοδότης

ΟΝΟΜΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΟΔΟΣ/ ΑΡΙΘΜΟΣ

Τ.Κ./ ΠΟΛΗ

ΚΑΝΤΟΝΙ/ ΧΩΡΑ

Άτομο επικοινωνίας

Σύζυγος

Νόμιμος σύντροφος

Γονείς/Γονεϊκό μέρος

Αδέρφια

Άλλο:

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΟΔΟΣ/ ΑΡΙΘΜΟΣ

Τ.Κ./ ΠΟΛΗ

ΚΑΝΤΟΝΙ/ ΧΩΡΑ

Συλλογή πληροφοριών από προηγούμενους ιατρούς και ιατρικό προσωπικό

Διά του παρόντος ο/η ασθενής δίνει τη συγκατάθεσή του προκειμένου το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ζυρίχης να συλλέξει όλες τις απαραίτητες για τη διεξαγωγή της θεραπείας ιατρικές πληροφορίες από προηγούμενους ιατρούς καθώς και ιατρικό προσωπικό και τους αποδεσμεύει για τον σκοπό αυτό από την υποχρέωση τήρησης του επαγγελματικού απορρήτου.

Ναι Όχι



ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

Εισαγωγή στο νοσοκομείο λόγω:

- Ασθένειας
 Ατυχήματος
 Πάθησης εκ γενετής

- Εγκυμοσύνης
 Πραγματογνωμοσύνης
 Επαγγελματικής ασθένειας

Στοιχεία ασφάλειας

Ασφαλιστική κάλυψη

- Γενική στο καντόνι διαμονής
 Γενική σε όλη την Ελβετία
 Ημι-ιδιωτική
 Ιδιωτική

- Ιδιώτης ασθενής

ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

- Γενική
 Ημι-ιδιωτική
 Ιδιωτική

Κύρια ασφάλιση

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ/ΕΔΡΑ

Συμπληρωματική ασφάλιση

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ/ΕΔΡΑ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Ασφάλιση κατά ατυχήματος/αναπηρίας/Στρατιωτική ασφάλιση

- Ασφάλιση κατά ατυχήματος
 Ασφάλιση αναπηρίας
 Στρατιωτική ασφάλιση

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ/ΕΔΡΑ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΤΟΠΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Όνομα / Διεύθυνση οικογενειακού ιατρού

ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΟΔΟΣ/ ΑΡΙΘΜΟΣ

Τ.Κ./ ΠΟΛΗ

Όνομα / Διεύθυνση παραπέμποντος ιατρού

ΟΝΟΜΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΟΔΟΣ/ ΑΡΙΘΜΟΣ

Τ.Κ./ ΠΟΛΗ

Έχετε νοσηλευθεί ξανά στο παρελθόν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ζυρίχης;

- Όχι Ναι, στην κλινική

Εναλλακτική διεύθυνση έκδοσης τιμολογίου

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΔΟΣ/ ΑΡΙΘΜΟΣ

Τ.Κ./ ΠΟΛΗ

Πληροφορίες εισαγωγής

Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ζυρίχης υποχρεούται βάσει της παραγράφου 24 της «Διάταξης της 25/3/2009 περί παροχών και επιβαρύνσεων», να ελέγχει τα προσωπικά σας στοιχεία. Για τον λόγο αυτό απαιτείται η προσκόμιση:

- Ισχύοντος δελτίου ταυτότητας, διαβατηρίου, ισχύοντος διπλώματος οδήγησης ή πιστοποιητικού άδειας παραμονής, το οποίο διατίθεται μέσω των αρμόδιων τοπικών αρχών. Οι μη Ελβετοί πολίτες μπορούν να επιδείξουν δελτίο ταυτότητας εξωτερικού.
- Κάρτας ασφάλισης από τον φορέα ασφάλισης (ασφάλιση ασθενείας, ασφάλιση κατά ατυχήματος, ασφάλιση αναπηρίας κ.λπ).
- Παραπεμπτικού από την κλινική ή αντίστοιχου εγγράφου από τον ιατρό που σας παρέπεμψε.
- Του παρόντος εντύπου εισαγωγής, συμπληρωμένου και υπογεγραμμένου.

Κάλυψη κόστους νοσηλείας

Ο/η ασθενής αναλαμβάνει την υποχρέωση κάλυψης των οφειλόμενων νοσηλίων έναντι του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Ο/η ασθενής επιβεβαιώνει ότι γνωρίζει το εύρος της ασφαλιστικής του κάλυψης καθώς και ότι το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ζυρίχης απαλλάσσεται από κάθε υποχρέωση δέουσας επιμέλειας. Σε περίπτωση που το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ζυρίχης εφαρμόσει μέτρα δέουσας επιμέλειας και δεν έχει προσκομισθεί πιστοποιητικό πλήρους κάλυψης κόστους και/ή ανάληψης κόστους νοσηλείας από ασφαλιστικό φορέα (ασφαλιστική εταιρεία/Καντόνι), τα νοσήλια βαρύνουν τον/την ασθενή. Ο/η ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να υποστηρίξει εκ των υστέρων ότι έσφαλε ή δεν γνώριζε το εύρος της ασφαλιστικής του κάλυψης. Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ζυρίχης έχει το δικαίωμα, ελλείψει πιστοποιητικού πλήρους κάλυψης κόστους νοσηλείας, να απαιτήσει από τον/την ασθενή να καταβάλει ποσό εγγύησης για το προβλεπόμενο κόστος νοσηλείας.

Ο / Η ασθενής επιβεβαιώνει με την υπογραφή του/της την ορθότητα των παραπάνω στοιχείων και τη συμφωνία του/της να παρέχει τα απαιτούμενα στοιχεία για έλεγχο εγγύησης πληρωμής ή έλεγχο προσωπικών στοιχείων σε όλους τους σχετικούς φορείς (π.χ. ταμείο ασφαλίσεως ασθενείας, υπηρεσία κοινωνικής πρόνοιας). Κατά τη διάθεση των στοιχείων λαμβάνονται υπόψη οι όροι προστασίας δεδομένων.

Έρευνα

Είμαι σύμφωνος να χρησιμοποιηθούν τα ιατρικά μου δεδομένα για μελλοντικά ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει κατά τη διάθεση των δεδομένων μου σε τρίτους να διασφαλίζεται η ανωνυμία μου. Μπορώ να ανακαλέσω την συγκατάθεσή μου ανά πάσα στιγμή.

- Ναι Όχι

Πόλη/Τόπος

Ημερομηνία

Υπογραφή ασθενούς
ή νόμιμου αντιπροσώπου

Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ζυρίχης
Τμήμα οικονομικής διαχείρισης
Rämistrasse 100, 8091 Ζυρίχη
Τηλέφωνο +41 (0)44 255 11 11
www.usz.ch