

# Formulário de recepção de pacientes

## Tipo de entrada

- ambulatório
  internamento
  hospitalização ambulatória (semi-internamento)

NOTIFICAÇÃO ATRAVÉS DE QUE CLÍNICA

DATA DE ENTRADA/DE TRATAMENTO

HORA DE ENTRADA/DE TRATAMENTO

## Dados gerais

### Identificação

NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL/NÚMERO AHV

NÚMERO DO CARTÃO DO SEGURO

APELIDO

NOME

APELIDO DE SOLTEIRA/O

DATA DE NASCIMENTO

SEXO  feminino  masculino

NATURALIDADE/CANTÃO

PROFISSÃO

LÍNGUA

NACIONALIDADE

AUTORIZAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RELIGIÃO/CONFISSÃO  protestante catól. rom. outra:

ESTADO CIVIL

 solteiro/a casado/a parceria registada separado/a divorciado/a viúvo/a

### Domicílio fiscal/Residência

RUA/NÚMERO

CÓDIGO POSTAL/LOCALIDADE

CANTÃO/PAÍS

TELEFONE

TELEMÓVEL

EMAIL

### Outra morada/Residência durante a semana

RESIDENTE EM C/O

RUA/NÚMERO

CÓDIGO POSTAL/LOCALIDADE

CANTÃO/PAÍS

TELEFONE

TELEMÓVEL

EMAIL

### Entidade empregadora

APELIDO

TELEFONE/TELEMÓVEL

RUA/NÚMERO

CÓDIGO POSTAL/LOCALIDADE

CANTÃO/PAÍS

### Pessoa de contacto

 cônjuge
  parceiro de facto
  pais/progenitor com poder paternal
  irmão/irmã
 outra:

APELIDO

NOME

TELEFONE/TELEMÓVEL

RUA/NÚMERO

CÓDIGO POSTAL/LOCALIDADE

CANTÃO/PAÍS

### Recolha de informações de médicos e pessoal médico auxiliar prévios ao tratamento

Desta forma, o/a paciente concorda que o Hospital Universitário de Zurique recolha de médicos assim como de outro pessoal médico auxiliar prévio as informações necessárias ao tratamento e dispensa-os assim da obrigatoriedade do seu silêncio profissional.

 sim  não

.....  
APELIDO

.....  
NOME

### A entrada no hospital é devido a

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> doença           | <input type="checkbox"/> maternidade         |
| <input type="checkbox"/> acidente         | <input type="checkbox"/> parecer médico      |
| <input type="checkbox"/> doença congénita | <input type="checkbox"/> doença profissional |

## Dados relativos ao seu seguro

### Âmbito do seguro

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> cantão em que habita geralmente | <input type="checkbox"/> doente privado |
| <input type="checkbox"/> em geral toda a Suíça           |   |
| <input type="checkbox"/> semi-privado                    |   |
| <input type="checkbox"/> privado                         |   |

TRATAMENTO INTERNAMENTO DESEJADO

- geral  
 semi-privado  
 privado

### Seguro base

.....  
NOME DA SEGURADORA/LOCALIDADE

### Seguro adicional

.....  
NOME DA SEGURADORA/LOCALIDADE

.....  
NÚMERO DA APÓLICE

.....  
EXCLUSÕES EXISTENTES

### Seguro de acidentes/invalidez/militar

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro de acidentes | <input type="checkbox"/> Seguro militar |
| <input type="checkbox"/> Seguro de invalidez |   |

.....  
NOME DA SEGURADORA/LOCALIDADE

.....  
NÚMERO DA APÓLICE

.....  
NÚMERO DO ACIDENTE

.....  
NÚMERO DA EMPRESA

.....  
LOCAL DO ACIDENTE

.....  
DATA DO ACIDENTE

.....  
NÚMERO DO REGULAMENTO IV

### Nome/Morada do seu médico de família

.....  
APELIDO

.....  
TELEFONE/TELEMÓVEL

.....  
RUA/NÚMERO

.....  
CÓDIGO POSTAL/LOCALIDADE

### Nome/Morada do médico assistente

.....  
APELIDO

.....  
TELEFONE/TELEMÓVEL

.....  
RUA/NÚMERO

.....  
CÓDIGO POSTAL/LOCALIDADE

### Já alguma vez foi tratado no Hospital Universitário de Zurique?

- não     sim, em que unidade clínica? .....

### Outro endereço para envio da factura

.....  
APELIDO

.....  
NOME

.....  
RUA/NÚMERO

.....  
CÓDIGO POSTAL/LOCALIDADE

## Informações de entrada

O Hospital Universitário Zurique está obrigado, conforme § 24 do «Regulamento sobre Tarifas do Hospital Universitário de Zurique de 25.3.2009», a verificar os seus dados pessoais aquando da sua recolha. Para isso necessitamos:

- Um documento de identificação, passaporte válido ou comprovativo actual de recepção que é obtido no serviço de registo de habitantes. Os cidadãos não suíços podem apresentar o seu documento de identificação estrangeiro.
- O cartão de seguro do prestador de serviços (seguro de saúde, seguro de acidentes, IV (Seguro de invalidez suíço) etc.).
- A notificação escrita da clínica ou os documentos respectivos do seu médico assistente.
- Este formulário de entrada preenchido e assinado.

## Aceitação de custos

O/a paciente está ciente de que ele/ela é, perante o Hospital Universitário de Zurique, o pagador do seu tratamento pretendido. Ele/ela confirma conhecer o âmbito da sua protecção de seguro; o Hospital Universitário de Zurique não tem o dever de esclarecimento. No caso de o Hospital Universitário de Zurique fornecer cordialmente esclarecimentos e não existir uma participação total de custos e/ou aceitação destes por parte de um prestador de serviços (seguro/cantão), os custos são incluídos na factura do/a paciente. O/a paciente não pode reclamar posteriormente ter-se equivocado ou avaliado incorrectamente a protecção do seguro. O Hospital Universitário de Zurique pode exigir-lhe, no caso de falta de participação de custos, uma caução prévia relativamente aos custos de tratamento previstos.

O/a paciente atesta, com a sua assinatura, a veracidade dos dados. Além disso, autoriza a transmissão às entidades envolvidas (por ex. assistência médica, segurança social) de todos os dados necessários para fins de cobertura de custos e event. esclarecimentos sobre a identificação. A transmissão de dados é efectuada considerando os requisitos da protecção de dados.

## Investigação

Concordo que os meus dados médicos sejam utilizados para projectos futuros na investigação e ensino. No caso da transmissão dos dados a terceiros, é assegurado o meu anonimato em qualquer circunstância. Posso revogar o meu consentimento a qualquer momento.

- sim     não

Localidade

Data

Assinatura do/a paciente  
ou do seu representante legal

Hospital Universitário de Zurique  
Direcção financeira  
Rämistrasse 100  
8091 Zürich (Zurique)  
Telefone +41 (0)44 255 11 11  
www.usz.ch