

Пријемни образац за пацијенте

Испунити латиницом

Врста пријема

- Амбулантно Стационарно Амбулантна дневна клиника
(делимично стационарно)

ПОЗИВ ОД КОЈЕ КЛИНИКЕ

ДАТУМ ПРИЈЕМА/ЛЕЧЕЊА

ВРЕМЕ ПРИЈЕМА/ЛЕЧЕЊА

Општи подаци

Лични подаци

БР. СОЦИЈАЛНОГ ОСИГУРАЊА/АХВ БРОЈ

БРОЈ ОСИГУРАНИЧКЕ КАРТЕ

ПРЕЗИМЕ

ИМЕ

ДЕВОЈАЧКО ИМЕ

ДАТУМ РОЂЕЊА

ПОЛ

женски

мушки

ЗАВИЧАЈНО МЕСТО/КАНТОН

ПОЗИВ

ЈЕЗИК

НАРОДНОСТ

ДОЗВОЛА БОРАВКА

ВЕРА/КОНФЕСИЈА

реформисан

римско-кат.

друга:

БРАЧНО СТАЊЕ

неудата/неожењен

удата/ожењен

уписано партнерство

растављен

разведен

удовица

Пореско правно пребивалишта / адреса пребивалишта

УЛИЦА/БРОЈ

ПОШТАНСКИ БРОЈ/МЕСТО

КАНТОН/ЗЕМЉА

ТЕЛЕФОН

МОБИЛНИ

Е-МАИЛ

Друго пребивалиште / недељно пребивалиште

ПРЕБИВАЛИШТЕ КОД С/О

УЛИЦА/БРОЈ

ПОШТАНСКИ БРОЈ/МЕСТО

КАНТОН/ЗЕМЉА

ТЕЛЕФОН

МОБИЛНИ

Е-МАИЛ

Послодавац

ИМЕ

ТЕЛЕФОН / МОБИЛНИ

УЛИЦА/БРОЈ

ПОШТАНСКИ БРОЈ/МЕСТО

КАНТОН/ЗЕМЉА

Референтна особа

брачни партнер

уписано партнерство

родитељи / један родитељ

браћа и сестре

остали:

ПРЕЗИМЕ

ИМЕ

ТЕЛЕФОН / МОБИЛНИ

УЛИЦА/БРОЈ

ПОШТАНСКИ БРОЈ/МЕСТО

КАНТОН ЗЕМЉА

Примитак информација код ординирајућег лекара и медицинског особља

Пацијенти изјављују да се слажу са тиме, да УСЗ код ординирајућих лекара и код осталог ординирајућег медицинског особља могу да добију потребне медицинске информације које су потребне за спровођење лечења и ослобађа их у овом обиму од њихове службене обавезе путања.

да

не



ПРЕЗИМЕ

ИМЕ

Пријем у болницу је уследио на основу

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Болести | <input type="checkbox"/> Материнства |
| <input type="checkbox"/> Незгоде | <input type="checkbox"/> Мишљења |
| <input type="checkbox"/> Порођајних мана службени лист | <input type="checkbox"/> Професионалне болести |

Подаци о осигурању

Покриће осигурања

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Осигураничка карта носиоца плаћања | <input type="checkbox"/> Самоплатиоц |
| <input type="checkbox"/> Опште цела Швајцарска | |
| <input type="checkbox"/> Полуприватно | |
| <input type="checkbox"/> Приватно | |

ПОЖЕЉНО СТАЦИОНАРНО ЛЕЧЕЊЕ

- | |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Опште |
| <input type="checkbox"/> Полуприватно |
| <input type="checkbox"/> Приватно |

Основно осигурање

ИМЕ ОСИГУРАЊА / МЕСТО

Додатно осигурање

ИМЕ ОСИГУРАЊА / МЕСТО

БРОЈ ПОЛИЦЕ

ПОСТОЈЕЋА ИСКЉУЧЕЊА

Осигурање од незгоде / Инвалидско осигурање / Војно осигурање

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Осигурање против незгоде | <input type="checkbox"/> Војно осигурање |
| <input type="checkbox"/> Инвалидско осигурање | |

ИМЕ ОСИГУРАЊА / МЕСТО

БРОЈ ПОЛИСЕ

БРОЈ НЕЗГОДЕ

ПОСЛОВНИ БРОЈ

МЕСТО НЕЗГОДЕ

ДАТУМ НЕЗГОДЕ

IV-БРОЈ РАСПОЛАГАЊА

Име / дареса вашег кућног лекара

ИМЕ

ТЕЛЕФОН / МОБИЛНИ

УЛИЦА / БРОЈ

ПОШТАНСКИ БРОЈ / МЕСТО

Име / адреса упућујућег лекара

ИМЕ

ТЕЛЕФОН / МОБИЛНИ

УЛИЦА / БРОЈ

ПОШТАНСКИ БРОЈ / МЕСТО

Да ли сте већ били лечени у универзитетској болници Цирих?

- не на, која клиника?

Одступајућа адреса за рачуне

ПРЕЗИМЕ

ИМЕ

УЛИЦА / БРОЈ

ПОШТАНСКИ БРОЈ / МЕСТО

Пријемне информације

Универзитетска болница Цирих је по § 24 «таксених прописа универзитетске болнице Цирих од 25.3.200» обавезна, да приликом вашег пријема провери ваше личне податке.

За то је потребно:

- Једна важећа лична карта, пасош или службени лист за нову домовницу, који се добије код контроле становништва. Особе које нису швајцарци могу да предложе инострану личну карту.
- Осигураничка карта носиоца плаћања (здравствено осигурање, осигурање против несреће, IV итд.).
- Позивни допис клинике или прикладни путни папири вашег упутног лекара.
- Овај испуњен и потписан пријемни образац.

Преузимање трошкова

Пацијенти примају на знање, да су они дужници USZ-а у вези њиховог пожељног лечења. Он/она потврђује, да познаје обим његове/њене заштите осигурања; да УСЗ нема никакву обавезу разјашњавања. Ако као услуга дође до разјашњавања од стране УСЗ-а и ако не постоји пристанак преузимања трошкова у пуном обиму и/или преузимање трошкова неког носиоца плаћања (осигурање/кантон), трошкови ће се обрачунати пацијентима. Пацијенти то не могу накнадно да захтевају, да је дошло до забуне или да су заштиту осигурања погрешно проценили. УСЗ може од њих због недостатка пристанка преузимања трошкова да захтева депо о предвиђеним трошковима лечења.

Пацијенти потврђују својим потписом тачност података. Осим тога они додељују одобрење за прослеђивање свих података потребних за сврхе осигурања трошкова и према потреби разјашњавања личних података учесничким службама (нпр. болесничке благајне, социјалне службе). Прослеђивање података уследи уз придржавање обавеза заштите података.

Истраживање

Сагласан сам тиме, да моји медицински подаци могу да се употребе за будуће пројекте код истраживања и науке. У случају прослеђивања података трећим особама моја анонимност ће у сваком случају бити очувана. Могу повући своју сагласност било када.

- да не

Место

Датум

Потпис пацијента или законског представника

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