

Neutrale Ombudsstelle der Klinik Hirslanden Zürich

Formular für Beschwerden gegenüber der Klinik Hirslanden Zürich bezüglich nicht erfolgter Aufnahme oder zu langer Wartezeiten von allgemeinversicherten Patienten.

Mit Einreichung einer Beschwerde erklärt sich der Patient/die Patientin / Patientenvertreter/in ausdrücklich damit einverstanden, dass:

- **Eine Weiterleitung an die Klinik Hirslanden oder deren Vertreter (Belegärzte) erfolgt und dass die eingegebenen persönlichen Daten für den Zweck der Fallabklärung verwendet werden**
- **KPMG sämtliche Beanstandungen anonymisiert, konsolidiert, in statistischer Form in ihrer Berichterstattung ausweist und jährlich auf ihrer Webpage veröffentlicht.**

Bitte die nachfolgenden Angaben gut leserlich **in Druckschrift** ausfüllen und das Formular an die Ombudsstelle zurücksenden.

Folgender Sachverhalt soll überprüft oder geklärt werden:

(Zutreffendes bitte ankreuzen / ausfüllen)

Räumlicher und sachlicher Anwendungsbereich der Ombudsstelle:

Name der behandelnden Klinik _____

Art der Behandlung:

- ambulant
- stationär

Versicherungsstatus des Patienten/der Patientin:

- grundversichert / allgemein versichert
- halbprivat versichert
- privat versichert

Name der Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

A. Elektivpatient:

Berechtigung

A. 1. *Der Patient verfügt über einen steuerrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz / ist Schweizer Bürger mit ausländischem Wohnsitz und verfügt über eine obligatorische Krankenversicherung in der Schweiz?*

- Ja: weiter mit Frage A.2.a)
- Nein: weiter mit „C. Auskünfte zur (geplanten) Behandlung“

Zuteilung

A.2.a) *Wurde der Klinik Hirslanden Belegarzt selbstständig durch den Patienten ausgesucht oder erfolgte die Zuweisung durch den Hausarzt?*

- Ja: weiter mit der nächsten Frage
- Nein: weiter mit Frage A.3.a)

A.2.b) *Name des Klinik Hirslanden Belegarztes:* _____

A.3.a) *Hat der zugewiesene Klinik Hirslanden Belegarzt die Zuweisung angenommen?*

- Ja: weiter mit Frage A.4
- Nein: weiter mit der nächsten Frage

A.3.b) *Wurde dem Patienten durch die Klinik Hirslanden Patientendisposition ein alternativer Belegarzt zugewiesen?*

- Ja: weiter mit der nächsten Frage
 Nein: weiter mit „C. Auskünfte zur (geplanten) Behandlung“

A.3.c) *Wurde der Patient vom alternativ genannten Belegarzt angenommen?*

- Ja: weiter mit der nächsten Frage
 Nein: weiter mit „C. Auskünfte zur (geplanten) Behandlung“

A.3.d) *Name des alternativen Belegarztes:* _____

Terminfindung

A.4. *War der Behandlungstermin aus Sicht des Patienten zu weit in der Zukunft?*

- Ja: weiter mit der nächsten Frage
 Nein: weiter mit Frage A.6.

A.5.a) *Wurde dem Patienten ein früherer Behandlungstermin in einer alternativen Klinik angeboten?*

- Ja: weiter mit der nächsten Frage
 Nein: weiter mit Frage A.6.

A.5.b) *Wer sollte die Behandlung durchführen?*

- | | | |
|--|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Belegarzt von Klinik Hirslanden? | Name: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kein Belegarzt von Klinik Hirslanden? | Name: | _____ |
| <input type="checkbox"/> In einer alternativen Klinik? | Name: | _____ |

A.5.c) *Wurde die Behandlung durchgeführt?*

- Ja
 Nein

➔ Bitte hierzu die Fragen unten in «C - Auskünfte zur geplanten Behandlung» beantworten.

Terminverschiebung

A.6. *Erfolgte nach der ersten Terminvereinbarung eine Terminverschiebung?*

- Ja: weiter mit der nächsten Frage
 Nein: weiter mit „C. Auskünfte zur (geplanten) Behandlung“

A.7. *Wurde dem Patienten nach der Verschiebung ein zeitnahe alternativer Termin für eine Behandlung in der Klinik Hirslanden angeboten?*

- Ja: weiter mit der nächsten Frage
 Nein: weiter mit „C. Auskünfte zur (geplanten) Behandlung“

A.8. *Wurde die Behandlung durchgeführt?*

- Ja
 Nein

➔ Bitte hierzu die Fragen unten in «C - Auskünfte zur geplanten Behandlung» beantworten.

Persönliche Angaben:**1. Patient, dessen Fall überprüft werden soll:**

Vorname, Name (Geburtsname): _____

- männlich
 weiblich
 divers

Geburtsdatum: _____

ggf. verstorben am: _____

Strasse, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. Persönliche Angaben zur einreichenden Person des Formulars, falls nicht identisch mit dem Patienten:

Vorname, Name (Geburtsname): _____

- männlich
 weiblich
 divers

ggf. (Verwandtschafts-) Verhältnis zum Patienten: _____

Strasse, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

3. Im Falle der Vertretung:

Ich handle/ Wir handeln als (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Gesetzliche(r) Vertreter
 Bevollmächtigter (bitte Vollmacht in Kopie beilegen)
 Betreuer (bitte Bestellungsurkunde in Kopie beilegen)

Disclaimer:

Allgemeine Nutzungsbedingungen des Formulars

Durch Nutzung des Meldeformulars und die Zustimmung am Ende dieser Nutzungsbedingungen erklären Sie sich mit folgenden Bedingungen einverstanden und akzeptieren nachfolgende Bestimmungen.

1. Die Ombudsstelle der Klinik Hirslanden (nachfolgend Hirslanden) wird durch die Firma KPMG AG (nachfolgend KPMG) mit Sitz in Zürich betrieben. KPMG ist von der Klinik Hirslanden beauftragt, das eingereichte Formular entgegenzunehmen und an die zuständigen Stellen der Klinik Hirslanden weiterzuleiten. Ergänzend wird KPMG sämtliche Beanstandungen anonymisiert, konsolidiert, in statistischer Form in ihrer Berichterstattung ausweisen und jährlich auf ihrer Webpage veröffentlichen. KPMG fungiert als reine Rapportierungsstelle und wird an der konkreten Falllösung nicht beteiligt sein.
 2. Die Daten der ausgefüllten Formulare werden verschlüsselt (E-Mail) an KPMG übermittelt. Bei einer unverschlüsselten Übermittlung per Post können Daten von unbefugten Dritten gelesen, verändert oder vernichtet werden. Sofern im Formular besonders schützenswerte Gesundheitsdaten eingetragen werden, empfehlen wir das Formular eingeschrieben per Post zu übermitteln. Jede Übermittlung von Daten über die oben genannten Kanäle erfolgt auf eigenes Risiko.
 3. Anwendbar ist ausschliesslich Schweizerisches Recht. Ausschliesslicher Gerichtsstand ist Zürich. Sollten eine oder mehrere dieser Nutzungsbedingungen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen, Vorschriften oder Gesetzesänderungen ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, bleiben alle übrigen Nutzungsbedingungen in Kraft und es kommt diejenige wirksame Regelung zur Anwendung, die dem angestrebten Zweck der unwirksamen Regelung am nächsten kommt.
 4. Jegliche Haftung für Schäden des Nutzers oder von Dritten aus der Nutzung des Formulars wird von der Klinik Hirslanden als Datenherrin sowie von der KPMG abgelehnt.
- Der Nutzer hat die oben genannten Nutzungsbedingungen gelesen, verstanden und erklärt sich mit diesen ausdrücklich einverstanden. Bitte ankreuzen.

Bitte stellen Sie sicher, dass das Formular vollständig ausgefüllt wurde. Im Falle fehlender Informationen kann der Fall nicht bearbeitet werden.

Ort, Datum: _____

Dieses Formular können Sie per E-Mail an die neutrale Ombudsstelle senden:

E-Mail: Hirslanden-Ombudsstelle@kpmg.com

Post:

Hirslanden Ombudsstelle
c/o KPMG AG
Advisory - Information Management & Compliance
Badenerstrasse 172
8004 Zürich
Switzerland