

Barcode FID

HIRSLANDEN

ST. ANNA IM BAHNHOF

Eintrittsformular AMBULANT

PID:	FID:	Datum:	Eintrittsgrund: ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Vorsorge
Persönliche Angaben (gemäss amtlichem Dokument)			
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
Geburtsname:	Nationalität:	Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich	
AHV-Nr. (SV-Nr.):		Religion / Konfession:	
Zivilstand:	Kategorie Aufenthaltsbewilligung (z. B. B/C/L/G/N):		
Zivilrechtlicher Wohnsitz			
Strasse Nr.:	PLZ Ort:	Land:	
Telefon privat:	Mobil:	Geschäftlich:	
E-Mail:	☐ Keine E-Mail Adresse	Heimatort:	
Bezugspersonen (Personen, die während Ihres Aufenthalts in der Klinik erreichbar sind)			
Name Vorname:	Beziehungsgrad:	Adresse:	Telefon:
Ärztinnen und Ärzte (Name und Adresse)			
Hausarzt/-ärztin:			
Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt::			
Ihre Versicherungsangaben			
Name der Versicherung:		Versicherten-/Policen-/Verfügungs-Nr.:	
☐ Grundversicherung (KVG/UVG/IVG/MVG)			
☐ Zusatzversicherung			
☐ Selbstzahlend ohne Versicherungsdeckung		-	
Bei Unfall			
Unfalldatum:	Erwerbsstatus: ☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ nicht erwerbstätig/pensioniert		
Schaden-Nr.:	Arbeitgeber zum Unfallzeitpunkt:		
Abweichende Adressen			
Korrespondenzadresse:			
Rechnungsadresse:			



BC_f-3 Patientenadmin. – Eintritt



ST_5 – Eintrittsformular

Behandlungsvertrag

Liebe Patientin, lieber Patient

Rechtliches

Dieses Formular bildet die vertragliche Grundlage für Ihre Behandlung. Ihre Rechte und Pflichten als Patientin oder Patient der medizinischen Einrichtung sind weitgehend gesetzlich geregelt (z. B. im kantonalen Patientengesetz). Die Behandlung kann durch angestellte (Klinikärztinnen und Klinikärzte) oder selbstständige Ärztinnen und Ärzte (Partnerärztinnen und Partnerärzte), die in der medizinischen Einrichtung tätig sind, erfolgen. Es besteht eine getrennte Haftpflicht zwischen selbstständigen Ärzten und der Hirslanden-Gruppe. Ob jemand als Partnerarzt oder als Klinikarzt tätig ist, können Sie unserer Homepage www.hirslanden.ch entnehmen.

Kostenübernahme und Versicherung

Pflichtleistungen werden gemäss den gesetzlichen Grundlagen Ihrer Krankenkasse verrechnet. Bei Nichtpflichtleistungen oder bei fehlender Versicherungsdeckung gilt das Selbstzahlerprinzip, d.h. Sie tragen die Kosten. Als Versicherungsnehmer sind Sie für eine ausreichende Versicherungsdeckung verantwortlich und tragen das Kostenrisiko bei allfälligen Deckungseinschränkungen.

Datenschutz

Mit Unterzeichnung des Vertrags stimmen Sie der Bearbeitung Ihrer persönlichen und medizinischen Daten gemäss den in der Patienteninformation aufgeführten Zwecken zu (abrufbar auf www.hirslanden.ch/datenschutz). Dort finden Sie auch Informationen über die Videoüberwachung in der Klinik sowie die Datenschutzerklärung mit weiteren Informationen über die Datenbearbeitung bei der Hirslanden-Gruppe.

Einwilligung in die Einholung und Weitergabe von Personendaten

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung Ihrer Behandlung und bei nachgelagerten Weiterbehandlungen (z.B. in Spitälern, Rehabilitationseinrichtungen etc.) kann es notwendig sein, dass die Hirslanden AG, ihre Kliniken und Institute, die Sie behandelnden Ärzte oder ihre Hilfspersonen Daten (z. B. Bilddaten oder das Patientendossier mit Pflege- sowie Operations- und Austrittsberichten) bei externen Stellen (z.B. bei anderen Leistungserbringern, Sozial- oder Privatversicherungen, Angehörigen etc.) einholen muss. Mit Unterzeichnung dieses Vertrages entbinden Sie die externen Stellen vom Berufsgeheimnis und der Schweigepflicht hinsichtlich der hier genannten Zwecke.

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung Ihrer Behandlung, der Einholung der Kostengutsprache, der Rechnungsstellung und bei nachgelagerten Weiterbehandlungen (z.B. in Spitälern, Rehabilitationseinrichtungen etc.) kann eine Weitergabe Ihrer medizinischen Daten (z. B. Bilddaten oder das Patientendossier mit Pflege- sowie Operations- und Austrittsberichten) an externe Stellen (z.B. an zuweisende Personen, andere Leistungserbringer, Sozial- oder Privatversicherungen, Behörden) erforderlich werden. Zudem werden die für die Administration notwendigen persönlichen und medizinischen Daten an die entsprechenden Stellen weitergegeben. Für die Bonitätsprüfung (bei Selbstzahlern), die Rechnungsstellung und das Inkasso, bei Forderungsabtretungen sowie im Fall von Streitigkeiten aus dem Behandlungsvertrag können Ihre Daten an Dritte wie Inkassostellen, beauftragte Dritte etc. sowie an Behörden wie Betreibungs- und Konkursämter, Gerichte etc. weitergegeben werden. Schliesslich können Ihre Daten im Rahmen des Betriebs, der Wartung und des Supports unserer Informationssysteme und zwecks Wartung und Support von medizinischen Geräten unseren Vertragspartnern (IT-Dienstleister oder ProduktHersteller) offenbart werden, wobei die Daten in der Regel verschlüsselt sind. Mit Unterzeichnung dieses Vertrages entbinden Sie die Hirslanden AG sowie alle ihre Kliniken und Institute, die Sie behandelnden Ärzte und ihre Hilfspersonen vom Berufsgeheimnis und der Schweigepflicht hinsichtlich der hier genannten Zwecke.

Gerichtsort

Zuständig sind die Gerichte am Sitz der medizinischen Einrichtung. Anwendbar ist ausschliesslich Schweizer Recht.

Mit Abschluss des Behandlungsvertrags stimmen Sie den oben genannten Vertragsbedingungen zu.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____