

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular zu prüfen, zu ergänzen und zu unterschreiben.

Eintrittsdatum:

Fallnummer:

Angaben zum Patient / zur Patientin

Name		Vorname		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Strasse		PLZ	Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail		AHV-Nummer	Geburtsname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Privat	Telefon Mobile	Geburtsdatum	Geschlecht	Nationalität
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich habe ein elektronisches Patientendossier EPD		Patientenverfügung vorhanden		
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, bei <input type="text"/>		<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja - Wenn ja, bitte Kopie an Arzt übergeben		
Kontaktperson (während Klinikaufenthalt)		Telefon Kontaktperson	Telefon Mobile Kontaktperson	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bei minderjährigen oder unter Vormundschaft stehenden Patienten auszufüllen				
Garant		Adresse		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Bei Behandlungsgrund Unfall auszufüllen				
Arbeitgeber		Adresse		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Angaben zu den Versicherungen

Grundversicherung	Adresse	Versicherten-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zusatzversicherung	Adresse	Versicherten-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Allgemein <input type="radio"/> Halbprivat <input type="radio"/> Privat		
Unfallversicherung, bei Unfall auszufüllen	Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Unfalldatum: <input type="text"/>	Unfallnummer: <input type="text"/>	

Angaben zu den Ärzten

Name und Adresse des Chirurgen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Adresse des Überweisers an den Chirurgen:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Adresse des Hausarztes:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Änderung der Klasse

Wenn es einen Unterschied zwischen der versicherten und der gewünschten Klasse gibt, müssen Sie möglicherweise für ein Upgrade bezahlen.

Für weitere Informationen über Verfügbarkeit und Preise wenden Sie sich bitte an die Klinik.

Ich möchte in folgender Zimmerklasse übernachten: Halb-Privat Privat Suite

Bemerkungen

Allgemeine Aufnahmebedingungen (AAB) für stationäre Spitalaufenthalte Swiss Medical Network

Kostenübernahme des Aufenthaltes

- Ein Aufenthalt in der Allgemeinen Abteilung eines Listenspitals im Wohnkanton oder ausserkantonale mit Zustimmung des kantonalen Arztes wird von der OKP und dem Wohnkanton des Patienten übernommen, soweit der Spitalaufenthalt den Bestimmungen des Art. 32 KVG entspricht.
- Ein Aufenthalt in der Allgemeinen Abteilung eines ausserkantonalen Listenspitals ohne Zustimmung des kantonalen Arztes wird von der OKP und dem Wohnkanton übernommen, jedoch nur bis zu der Höhe, wie die Kosten für einen Aufenthalt im Wohnkanton übernommen worden wären. Etwaige Kostenabweichungen gehen zu Lasten des Patienten oder einer Zusatzversicherung für die ausserkantonale Allgemeine Abteilung.
- Ein Aufenthalt in der Halbprivaten oder Privaten Abteilung wird gemäss den Allgemeinen Bedingungen der Zusatzversicherung betreffend Spitalaufenthalt des Patienten übernommen. Es liegt in der Verantwortung des Patienten, seine Versicherungsdeckung zu überprüfen, bevor er die Klinik betritt.
- Die Grundversicherung reicht nicht aus, um die Kosten für einen Aufenthalt bei einer nicht bewilligten Behandlung (ohne kantonalen Auftrag) zu decken.
- Im Falle einer kompletten oder teilweisen Nicht-Deckung der Kosten durch die Krankenversicherungen gehen die Kosten für den Spitalaufenthalt zu Lasten des Patienten.
- Die Klinik behält sich das Recht einer Kautionserhebung vor.
- Die Klinik weist darauf hin, dass die zusätzlichen Kosten, die mit einer Verlegung auf Wunsch des Patienten in eine andere Einrichtung verbunden sind, die medizinisch nicht notwendig ist, dem Patienten in Rechnung gestellt werden.
- Leistungen, die nicht von der Versicherung abgedeckt werden, gehen zu Lasten des Patienten, wie zum Beispiel: Telefon, Kioskartikel, Extras usw.

Freie Arztwahl

Der Patient bestätigt, dass er seinen behandelnden Arzt frei ausgewählt hat. Er berechtigt den behandelnden Arzt, weitere Berufskollegen beizuziehen, welche für den reibungslosen Ablauf des Krankenhausaufenthaltes erforderlich sind.

Datenübertragung

Der Patient ermächtigt seinen Arzt, dessen Assistenten und die an seiner Behandlung beteiligten Ärzte, Zugang zu allen dem Spital vorliegenden Analyse- und Untersuchungsergebnissen zu haben. Zu diesem Zweck entbindet der Patient die von den Ärzten benannten Leistungserbringer und deren Hilfspersonen von ihrer Schweigepflicht. Der Patient ist damit einverstanden, dass die ihn betreffenden medizinischen Daten an die medizinische Kodierstelle des Spitals und an die Grund- und/oder Zusatzversicherung weitergegeben werden.

Pflege

Der Patient stimmt grundsätzlich allen Behandlungen, Untersuchungen, Überwachungen und Massnahmen zu, die das Pflegepersonal für wichtig hält. Er kann jedoch von dieser Zustimmung abweichen, wenn er sich vorher mündlich dazu äussert. Der Patient könnte dann aufgefordert werden, eine Pflegeverzichtserklärung zu unterschreiben.

Wertsachen / Geldbeträge

Einige Zimmer sind mit einem Safe ausgestattet. Wir empfehlen Ihnen jedoch, keine Wertsachen mitzubringen. Die Klinik übernimmt keine Haftung für Verlust oder Diebstahl.

Patienten-Rechnungskopie

Eine elektronische Rechnungskopie wird über ein Online-Portal zur Verfügung gestellt, wofür Sie automatisch einen Link per E-Mail erhalten. Aus Datenschutzgründen ist eine Verifizierung mittels SMS-Code nötig. Wir benötigen für diesen Dienst zwingend Ihre Mobile-Nummer und E-Mail-Adresse. Alternativ kann weiterhin eine Rechnungskopie bei uns persönlich abgeholt werden.

Genolier Foundation

Ich möchte Ihre wohltätige Stiftung unterstützen mit einer Spende von CHF 20.- 50.- 100.- CHF _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der AAB (allgemeine Aufnahmebedingungen) und ich bestätige, dass die Angaben im Fragebogen korrekt sind.

Gerichtsstand ist der Standort der Klinik, anwendbar ist das Schweizer Recht.

Gelesen und genehmigt am: _____ Unterschrift: _____

Name und Vorname Patientin/Patient oder des gesetzlichen Vertreters: _____

Privatlinik Lindberg
Schickstrasse 11
8400 Winterthur

Tel. 052 266 17 13
dispo@lindberg.ch
lindberg@hin.ch

Patient Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

1. Eintritt / Aufenthalt		<input type="checkbox"/> Eintritt Vortag	
Eintrittsdatum: _____		<input type="checkbox"/> Eintritt OP-Tag	
Vorgesehene Aufenthaltsdauer (inkl. Ein- und Austrittstag): _____		<input type="checkbox"/> Notfall-Eintritt	
Rehabilitationsplatz in (Ort) _____		ab (Datum) _____	
Organisiert durch <input type="checkbox"/> Arzt oder <input type="checkbox"/> Casemanagement			
2. Disposition		<input type="checkbox"/> Upgrade <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P	
<input type="checkbox"/> Krankheit -> KK		<input type="checkbox"/> Stationär	
<input type="checkbox"/> Unfall -> KK		<input type="checkbox"/> Ambulant	
<input type="checkbox"/> Unfall -> SUVA / UVG / IV / EMV		<input type="checkbox"/> Selbstzahler Komplett	
		<input type="checkbox"/> Selbstzahler VVG	
		<input type="checkbox"/> Komfort Plus	
3. Medizinische / anästhesierelevante Informationen		Datum	ICD / CHOP
Diagnose _____		_____	_____
Geplanter Eingriff/ Intervention _____		Dauer	ICD / CHOP
_____		_____	_____
Nebendiagnosen/ Wichtiges _____			ICD / CHOP
_____			_____
Medikamente _____			
Allergien <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, _____			
Isolation <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> Andere: _____			
4. Wünsche Anästhesieverfahren			
Eingriff / Intervention in	<input type="checkbox"/> LA ohne Anästhesie	<input type="checkbox"/> Analgosedation	
Anästhesieverfahren	<input type="checkbox"/> Allgemeinanästhesie	<input type="checkbox"/> Regionalanästhesie	
Schmerzkatheter durch Anästhesie gewünscht <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Singleshot			
Wesentliche Vorerkrankungen (ASA > II, z.B. Diab.Mell.; COPD mit Anstrengungsdyspnoe; KHK; St.n. TIA; OSAS) & Anästhesie erforderlich?			
<input type="checkbox"/> Nein; reguläre Anästhesiesprechstunde		<input type="checkbox"/> Nein; Telefonische Anästhesiesprechstunde	
<input type="checkbox"/> Ja; vorgängig zum HA (Befunde via Dispo an Alphacare AG)		Postoperativ: _____	
<input type="checkbox"/> Fraglich; Anästhesiesprechstunde 1 Woche vor Termin		<input type="checkbox"/> IPS/ <input type="checkbox"/> IMC Tage erforderlich wegen	
<input type="checkbox"/> Zeuge Jehovas; Anästhesiesprechstunde 1 Woche vor Termin		<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> AZ (z.B. OSAS)	
<input type="checkbox"/> ICD (implantierbarer Cardioverter-Defibrillator) Träger; Anästhesiesprechstunde 2 Wochen vor Termin			
Operateur wünscht Zusatz Labor (unabhängig von Anä. Beurteilung): _____			

5. Informationen zur Intervention / Material OP		Lagerung: _____	
<input type="checkbox"/> Blutsperr	<input type="checkbox"/> Blutsperr steril	<input type="checkbox"/> Blutleere	<input type="checkbox"/> Cell Saver
<input type="checkbox"/> Mikroskop	<input type="checkbox"/> Röntgen / <input type="checkbox"/> BV	<input type="checkbox"/> Neuromonitoring	<input type="checkbox"/> DK erforderlich
6. Spezielles / Instrumente / Implantate			

7. Infektionsprophylaxe			
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Cefuroxim	<input type="checkbox"/> Metrodinazol	<input type="checkbox"/> Augmentin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bactrim	<input type="checkbox"/> Ciproxin	<input type="checkbox"/>
8. Tranexamsäure <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Ärzte-Informationen auf www.alphacare.ch: für folgende Formulare (PDF):			
Präoperative Abklärungen / Umgang mit Dauermedikation sowie Formular Ergebnis Untersuchung durch den Hausarzt Lindberg			
Datum	Einweisender Arzt	Hausarzt	
_____	_____	_____	