Anmeldung für ambulante und stationäre Patienten

SPITAL LACHEN
IHR GESUNDHEITSZENTRUM AM SEE

Bitte ausfüllen und zurücksenden/mitbringen.

Rechnungskopie erwünscht? ☐ Ja ☐ Nein
EPD Zugang registriert? ☐ Ja ☐ Nein

Personalien

☐ männlich ☐ weiblich

Name

Vorname

Lediger Name

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

Bürgerort/Nationalität

Telefon

E-Mail[1]

Adressdaten

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Kanton

Steuerdomizil

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Kanton

Zivilstand

☐ ledig ☐ geschieden
☐ verheiratet ☐ getrennt
☐ verwitwet ☐ eingetragene Partnerschaft

Konfession

☐ römisch-katholisch ☐ konfessionslos
☐ reformiert ☐ Orthodox
☐ Islam ☐ keine Angaben
☐ Andere

Kontaktperson 1

Vorname / Name

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Verwandtschaftsgrad

Kontaktperson 2

Vorname / Name

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Verwandtschaftsgrad

Beistandschaft vorhanden?

☐ Ja ☐ Nein

Welche?

Bei Vorliegen einer schriftlichen Vollmacht als Bevollmächtigter / gesetzlich eingesetzter Vertreter muss der Bevollmächtigte eine Kopie dieser Vollmacht abgeben und sich mit einem offiziellen Ausweis identifizieren können.

Spitaleintritt erfolgt aufgrund

☐ Krankheit ☐ Mutterschaft
☐ Unfall ☐ Vorsorge

Hausarzt

Name

PLZ/Ort

☐ kein Hausarzt

Krankenkasse

Name Grundversicherung (OKP)

Versicherungskarten-Nr.

Name Zusatzversicherung (VVG)

Versicherungskarten-Nr.

Unfallversicherung (nur bei Unfall auszufüllen)

Name Grundversicherung

Name Zusatzversicherung

Schadennummer

Unfalldatum

Versicherte Patientenklasse[2]

☐ Allgemein Wohnkanton ☐ Halbprivat
☐ Allgemein ganze Schweiz ☐ Privat
☐ Wunscheingriff/Selbstzahler ☐ Ausschluss vorhanden?
☐ Ja ☐ Nein

Welcher Ausschluss?

Gewünschte stationäre Behandlung[2]

☐ Allgemein ☐ Familienzimmer (bei Geburt)*
☐ Halbprivat ☐ Upgrade Halbprivat*
☐ Privat ☐ Upgrade Privat*

*kostenpflichtig

Freie Arztwahl?

☐ Ja Arzt
☐ Nein Delegation an das Spital

Arbeitgeber (nur bei Unfall auszufüllen)

Firma

PLZ/Ort

☐ Selbstständig ☐ Schüler/Student
☐ Hausfrau/Hausmann ☐ Rentner
☐ Arbeitslos ☐ Arbeitslos (beim RAV gemeldet)
☐ Angestellte/r < 8 Std./Woche ☐ Angestellte/r > 8 Std./Woche

[1] Bei Angabe meiner E-Mail-Adresse gebe ich mein Einverständnis, dass das Spital mit mir unverschlüsselt per Mail kommuniziert.

[2] Ich verpflichte mich, alle nicht durch Versicherungen oder Dritte getragenen Kosten selber zu übernehmen.

Ich nehme auch zur Kenntnis, dass die Spital Lachen AG keine Verantwortung und Haftung für persönliche mitgebrachte Effekten (persönliche Gegenstände), Wertgegenstände sowie Bargeld / Kreditkarten übernimmt.

Datum Unterschrift