



Aufnahmeformular für Patienten

Eintrittsart

Ambulant Stationär Teilstationär

AUFGEBOT DURCH WELCHE KLINIK

EINTRITTS-/BEHANDLUNGSDATUM

EINTRITTS-/BEHANDLUNGSZEIT

Allgemeine Angaben

Personalien

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER

VERSICHERTENKARTENNUMMER

NAME

VORNAME

LEDIGER NACHNAME

GEBURTSDATUM

GESCHLECHT: weiblich männlich

HEIMATORT/KANTON

BERUF

SPRACHE

NATIONALITÄT

AUFENTHALTSBEWILLIGUNG

RELIGION/KONFESSION: reformiert

röm.-kath.

andere:

ZIVILSTAND: ledig eingetragene Partnerschaft getrennt verheiratet verwitwet geschieden

Steuerrechtlicher Wohnsitz

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

KANTON/LAND

TELEFON

HANDY

E-MAIL

Anderer Wohnsitz /Wochenaufenthalter

WOHNHAFT BEI C/O

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

KANTON/LAND

TELEFON

HANDY

E-MAIL

Arbeitgeber

NAME

TELEFON/HANDY

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

KANTON/LAND

Bezugsperson 1

Ehepartner Eingetr. Partnerschaft Eltern/Elternteil Geschwister andere:

NAME

VORNAME

TELEFON/HANDY

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

KANTON/LAND

Bezugsperson 2

Ehepartner Eingetr. Partnerschaft Eltern/Elternteil Geschwister andere:

NAME

VORNAME

TELEFON/HANDY

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

KANTON/LAND

WENN MEHRERE BEZUGSPERSONEN ANGEGBEN WERDEN, DANN TELEFONISCHE MELDUNG AN:

NAME

VORNAME

Spitaleintritt erfolgt aufgrund

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Mutterschaft |
| <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Gutachten für Versicherung |
| <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |

Angaben zu Ihrer Versicherung

Versicherungsdeckung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemein Wohnkanton | <input type="checkbox"/> Privat für 2-Bett-Zimmer |
| <input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz | <input type="checkbox"/> Selbstzahler |
| <input type="checkbox"/> Halbprivat | <input type="checkbox"/> Depot |
| <input type="checkbox"/> Privat | |

Gewünschte stationäre Behandlung

- Allgemein
 Halbprivat
 Privat

Grundversicherung

NAME DER VERSICHERUNG/ORT

Unfallversicherung

NAME DER VERSICHERUNG/ORT

POLICEN-NUMMER

UNFALL-NUMMER

BETRIEBS-NUMMER

UNFALLORT

UNFALLDATUM

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Invalidenversicherung | <input type="checkbox"/> Militärversicherung |
| <input type="checkbox"/> Weitere | |

VERFÜGUNGS-NUMMER

Zusatzversicherung

NAME DER VERSICHERUNG/ORT

POLICEN-NUMMER

Name/Adresse Ihres Hausarztes

NAME

TELEFON/HANDY

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

Name/Adresse des einweisenden Arztes/Spitals

NAME

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

Waren Sie schon einmal im UniversitätsSpital Zürich hospitalisiert?

- nein
 ja, welche Klinik?

Abweichende Rechnungsadresse

NAME

VORNAME

STRASSE/NUMMER

PLZ/ORT

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

Wichtig: Bitte lesen Sie die Informationen bezüglich Eintrittsformalitäten und Kostensicherung.

Eintrittsinformationen

Das USZ ist gemäss der «Taxordnung des UniversitätsSpitals Zürich vom 25.3.2009» §24 verpflichtet, bei Ihrer Aufnahme Ihre Personaldaten zu überprüfen. Dazu benötigen wir:

- Eine gültige Identitätskarte, Reisepass, gültiger Führerausweis oder aktueller Schriftenempfangsschein, welcher bei den lokalen Einwohnerkontrollen erhältlich ist. Nicht-Schweizer können ebenfalls Ihren Fremdenausweis vorweisen.
- Die Versichertenkarte des Leistungsträgers (Krankenversicherung, Unfallversicherung, IV usw.).
- Das Aufgebotsschreiben der Klinik oder die entsprechenden Einweisungspapiere Ihres einweisenden Arztes.
- Dieses ausgefüllte und unterschriebene Eintrittsformular mit Angaben, in welcher Leistungskategorie Ihre Behandlung erfolgen soll. Bei Wunsch eines Wechsels in eine andere Behandlungsklasse setzen Sie sich bitte mit der zuständigen Patientendisposition der jeweiligen Klinik in Verbindung.

Kostensicherung

Für die Sicherstellung der Kostenübernahme benötigt das USZ eine vollumfängliche Kostengutsprache des Leistungsträgers.

- Die nötigen Kostengutsprachen werden vom USZ beim Leistungsträger anhand der Angaben von der zuständigen Klinik beantragt.
- Falls bei regulär eintretenden Patienten bis zum Eintrittstag, oder bei Notfallpatienten innert fünf Arbeitstage nach Eintritt, keine vollumfängliche Kostengutsprache vorliegt, werden Sie von uns aufgefordert, ein Depot über die voraussichtlichen Behandlungskosten zu hinterlegen. Über die Höhe des Depots und die Einzahlungsformalitäten kann Ihnen die Dispositionsstelle Auskunft erteilen.
- Weitere Informationen über Behandlungskosten, Taxen und Tarife entnehmen Sie bitte den separaten Broschüren.

Der/Die Patient/Patientin erklärt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und das Einverständnis zur Online-Abfrage und Weitergabe der zur Kostensicherung notwendigen Daten an alle beteiligten Stellen (andernfalls verpflichtet er/sie sich, die Kosten der Behandlung zu tragen).

Ort

Datum

Unterschrift Patientin/Patient oder des gesetzlichen Vertreters