

Anmeldeformular für selbstzahlende Patienten im UniversitätsSpital Zürich (USZ)

Patientendaten

..... NAME VORNAME
..... Geburtsdatum Geschlecht
..... STRASSE, NR. / PLZ / Ort	
..... Land Email

Angaben der Angehörigen oder des/der gesetzlichen Vertreters/in

- Angehörige/r des/der Patienten/in Gesetzliche/r Vertreter/in des/der Patienten/in

..... NAME VORNAME
..... Strasse Nr. / PLZ / Ort	
..... Land Email

Der Patient/die Patientin nimmt zur Kenntnis, dass er/sie gegenüber dem USZ Schuldner/in der Kosten der von ihm/ihr gewünschten Behandlung ist. Direkte Kontaktperson und Adressat ist der/die Patient/in oder dessen/deren gesetzliche/r Vertreter/in, falls keine Entbindung vorliegt. Das Formular ist nur für den im Formular erwähnten Fall gültig und für jeden neuen Fall neu auszufüllen. Die Entbindung kann jederzeit vom/von der Patienten/in widerrufen werden. Eine Passkopie des/der Patienten/in und des/der gesetzlichen Vertreters/in ist beizulegen.

Der Patient/die Patientin bestätigt hiermit, die Behandlungskosten gemäss Taxordnung des USZ (Taxordnung des Universitätsspitals Zürich (LS 813.155)) selbst zu bezahlen. Nachträgliche Tarifanpassungen sind, soweit gesetzlich zulässig, ausgeschlossen.

Eintrittsangaben vom USZ (vom USZ Mitarbeiter/in oder Vermittler/in auszufüllen)

..... Eintrittsart Behandlungstermin
..... Klinik Arzt
..... Patientennummer Fallnummer
..... Depot in CHF	

Weiter auf der Rückseite =>

Rückzahlung

Sind die Kosten nach definitiver Rechnungsstellung tiefer als das geleistete Depot, wird dem/der Patienten/in die Differenz ausgezahlt oder auf das unten angegebene Bank-, oder Postfinance Konto überwiesen. Eine Gutschrift auf die Kreditkarte ist nur möglich, sofern das Depot auch mittels derselben Kreditkarte geleistet wurde.

.....
NAME des Kontoinhabers.....
VORNAME.....
Adresse des Kontoinhabers.....
Land.....
Name Bank/Filiale.....
PLZ/ORT.....
LAND.....
Bank Nr. (Clearing BLZ).....
Swift.....
Konto-Nr. / IBAN.....
Bei Kreditkarte; Name des Karteninhabers.....
Kartenummer.....
Gültig bis

Rechnungstellung an folgenden Adressaten

Patient/in Gesetzliche/r Vertreter/in Vermittler/in

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht an folgende Institution/Person

Die Entbindung erlaubt dem USZ von der ärztlichen Schweigepflicht entbundenen Person oder Institution jegliche mündliche und schriftliche Dokumentation des USZ zu übermitteln. Der/die Unterzeichnete ist darauf hingewiesen worden, dass er/sie zur Begleitung während des gesamten Behandlungsprozesses einen eigenen Dolmetscher beiziehen kann; er/sie teilt den Namen und Adresse des/die Dolmetschers/in dem USZ mit. Die Kosten für die Dolmetscherdienste müssen vom/von der Patienten/in getragen werden.

.....
NAME des Unternehmens/Vermittler.....
Gesetzlicher Vertreter.....
STRASSE, NR......
PLZ/ORT.....
Email

Das Anmeldeformular muss dem UniversitätsSpital Zürich spätestens beim Spitaleintritt vorliegen. Der Patient/die Patientin erklärt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben. Es ist Schweizer Recht anwendbar, Gerichtsstand ist die Stadt Zürich.

.....
Ort.....
Datum.....
**Unterschrift Patientin/Patient oder des
gesetzlichen Vertreters**