



MERIAN ISELIN

Klinik für Orthopädie
und Chirurgie

Fragebogen zum Klinikeintritt

Patientenaufnahme, T +41 61 305 11 22
aufnahme@merianiselin.ch

Bitte Vor- und Rückseite beachten!

Eintrittsdatum: _____ Einweisungsgrund: Krankheit Unfall

Behandelnder Arzt: _____ Hausarzt: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse/Nummer: _____

PLZ/Wohnort (Steuergemeinde ¹⁾): _____

Telefon Privat: _____ Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____ Telefon Geschäft: _____

Geschlecht: männlich weiblich Nationalität: _____

Zivilstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt eingetr. Partnerschaft

Konfession: keine ref./prot./evang. röm.-kath. christkath. muslim. jüdisch andere

AHV-Nummer (siehe Versichertenkarte): _____

Kontaktperson ²⁾ (Name/Vorname): _____

Telefon/Telefon Mobil: _____

Arbeitgeber: _____

PLZ/Arbeitsort: _____

Die Krankenversicherung ist zwingend anzugeben, auch bei Unfällen!

Krankenversicherung (Name/Vers.-Nr.): _____

Karten-Nr. (siehe Versichertenkarte): _____

Zusatzversicherung Krankheit (Name/Vers.-Nr.): _____

Karten-Nr. (siehe Versichertenkarte): _____

Versicherungsklasse bei Krankheit: Privat Halbprivat Allgemein ganze Schweiz Allgemein Wohnkanton

Flex-Versicherung: Flex-Privat Flex-Halbprivat Flex-Allgemein

Unfallversicherung (Name/Schaden-Nr.): _____

Zusatzversicherung Unfall (Name/Schaden-Nr.): _____

Unfalldatum: _____ Versicherungsklasse bei Unfall: Privat Halbprivat Allgemein

Der Unfall ist unverzüglich der Unfallversicherung bzw. Krankenversicherung zu melden!

¹⁾ Die Steuergemeinde ist entscheidend für eine korrekte Rechnungsstellung.

²⁾ Die Kontaktperson darf von der Klinik über Ihre Behandlung informiert werden.

Bitte wenden!

Wichtige Informationen für die Patientinnen/Patienten

Taxordnung und Abklärung der Kostenübernahme

Unsere aktuell gültige Taxordnung inkl. Mehrleistungsangebot finden Sie auf unserer Homepage unter Patienteninformationen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind. Ausserdem bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie den Umfang Ihres Versicherungsschutzes kennen und die Kostenübernahme für den geplanten Eingriff bei der zuständigen Kranken- bzw. Unfallversicherung abgeklärt haben. Die Klinik behält sich das Recht vor, den geplanten Eingriff ohne jede Kostenfolge für die Klinik kurzfristig zu verschieben, falls vor dem Eintritt keine ausreichende Kostengutsprache eines Kostenträgers bzw. keine ausreichende Vorauszahlung vorliegt.

Kostenübernahme durch die Patientinnen/Patienten

Kosten, welche von der Kostengutsprache Ihrer Kranken- oder Unfallversicherung nicht gedeckt sind, werden Ihnen in Rechnung gestellt. Die unter Umständen selber zu tragenden Kosten können mehrere tausend Franken betragen. Für die Begleichung der Klinikrechnung sind Sie gegenüber der Klinik allein verantwortlich.

Rechnungsstellung

Pflichtleistungen werden direkt mit Ihrem Versicherer abgerechnet. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie uns Ihr Einverständnis zur Zustellung einer elektronischen Rechnungskopie an Sie. Die in der Rechnung genannte Zahlungsfrist ist gleichzeitig die Beschwerdefrist. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars nehmen Sie davon Kenntnis, dass mit Ablauf der Beschwerdepflicht die Rechnung rechtskräftig ist. Bei Streitigkeiten ist Schweizer Recht anwendbar. Gerichtsstand ist Basel-Stadt.

Entbindung vom Arztgeheimnis / Auskunft an Dritte

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Merian Iselin Klinik und die behandelnden Ärzte zur Weitergabe Ihrer Personen- und Falldaten an Dritte (z.B. an Ärzte, Versicherer, Behörden), unter anderem zur Beurteilung der Leistungspflicht, und entbinden sie diesbezüglich vom Arztgeheimnis. Sofern Sie dies nachfolgend ausdrücklich wünschen, werden medizinische Daten nur an den vertrauensärztlichen Dienst Ihrer Kranken- oder Unfallversicherung weitergegeben.

Weiter erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihr zuweisender Arzt und gegebenenfalls weitere in Ihre Behandlung einbezogene Ärzte einen Bericht über die aktuelle Behandlung erhalten.

Die von Ihnen angegebenen Kontaktpersonen dürfen von der Klinik über Ihre Behandlung informiert werden.

Die Klinik benötigt die zum Zeitpunkt Ihres Klinikaufenthaltes geltende Wohnadresse (an welcher Sie gemeldet sind). Ein allfälliger Adresswechsel ist der Klinik umgehend mitzuteilen. Nötigenfalls ist die Klinik ermächtigt, Auskünfte bei Behörden einzuholen.

Ich wünsche, dass medizinische Daten nur an den vertrauensärztlichen Dienst meiner Kranken- oder Unfallversicherung weitergegeben werden.

Sonstige Hinweise

Bei Verlust oder Diebstahl Ihres Bargeldes oder Ihrer Wertsachen kann die Klinik keine Haftung übernehmen.

Bei Nichtbeachtung von ärztlichen oder pflegerischen Anordnungen lehnt die Klinik jegliche Haftung ab.

Im Falle einer Stichverletzung des Klinikpersonals erkläre ich mich mit einer Blutentnahme für notwendige Abklärungen einverstanden.

Informationen über die Merian Iselin Klinik

Sind Sie daran interessiert, unseren Newsletter per E-Mail zu erhalten?

Ja, ich bin interessiert.

Nein, ich bin nicht interessiert.

Richtigkeit der Angaben

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass die gegenüber der Klinik getätigten Angaben richtig und vollständig sind.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Bei Minderjährigen (bis zum 18. Geburtstag) benötigen wir die Unterschrift des Erziehungsberechtigten.