



MERIAN ISELIN

Klinik für Orthopädie  
und Chirurgie

# Questionnaire d'entrée en clinique

Service des admissions, T +41 61 305 11 22  
aufnahme@merianiselin.ch

**Merci de prendre en considération le recto et le verso!**

Date d'entrée: \_\_\_\_\_ Motif d'hospitalisation:  Maladie  Accident

Médecin traitant: \_\_\_\_\_

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Rue/Numéro: \_\_\_\_\_

NPA/Localité (commune fiscale <sup>1)</sup>): \_\_\_\_\_

Téléphone privé: \_\_\_\_\_ Tél. mobile: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel: \_\_\_\_\_

Sexe:  masculin  féminin Nationalité: \_\_\_\_\_

Etat civil:  célibataire  marié-e  veuf/veuve  divorcé-e  séparé-e  partenariat enregistré

Confession:  aucune  réf./prot./évang.  catho. rom.  catho. chrét.  musulmane  juive  autre

Numéro AVS (voir carte d'assuré): \_\_\_\_\_

Personne à contacter <sup>2)</sup> (nom/prénom): \_\_\_\_\_

Téléphone/Mobile: \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_

NPA/Localité: \_\_\_\_\_

*Indiquer obligatoirement l'assurance-maladie, y compris en cas d'accident!*

Assurance-maladie (nom/n° d'ass.): \_\_\_\_\_

N° carte (voir carte d'assuré): \_\_\_\_\_

Assurance-maladie (nom/n° d'ass.): \_\_\_\_\_

N° carte (voir carte d'assuré): \_\_\_\_\_

Classe d'assurance en cas de maladie:  Privée  Semi-privée  Commune Suisse entière  Commune canton de résidence  
Assurance Flex:  Flex privée  Flex semi-privée  Flex commune

Assurance-accidents (nom/n° de sinistre): \_\_\_\_\_

Assurance-accidents complémentaire (nom/n° de sinistre): \_\_\_\_\_

Date de l'accident: \_\_\_\_\_ Classe d'assurance en cas d'accident:  Privée  Semi-privée  Commune  
*L'accident doit être immédiatement déclaré à l'assurance-accidents ou à l'assurance-maladie!*

<sup>1)</sup> La commune fiscale est décisive pour une facturation correcte.

<sup>2)</sup> La clinique est autorisée à informer la personne de contact de votre traitement.

# Informations importantes destinées aux patient-e-s

## Tarifs et détermination de la prise en charge des coûts

---

La clinique vous a remis les tarifs en vigueur. Par votre signature, vous confirmez que vous en avez pris connaissance et que vous les acceptez. Par votre signature, vous attestez également que vous connaissez l'étendue de votre couverture d'assurance et que vous avez clarifié la prise en charge dont vous bénéficiez pour l'intervention prévue auprès de l'assurance-maladie ou de l'assurance-accidents compétente. En cas d'insuffisance de la prise en charge des coûts par l'organisme payeur ou du paiement anticipé avant l'admission, la clinique se réserve le droit de reporter à court terme l'intervention prévue sans que cela n'engendre aucun frais pour elle.

## Prise en charge des coûts par les patient-e-s

---

Les coûts qui ne sont pas couverts par votre assurance-maladie ou votre assurance-accidents vous seront facturés. Dans certains cas, les frais restant à votre charge peuvent se monter à plusieurs milliers de francs. Vous êtes seul-e responsable du règlement de la facture de la clinique vis-à-vis de cette dernière.

## Facturation

---

Les prestations obligatoires seront directement facturées à votre assureur. Nous vous transmettrons volontiers une copie de la facture sur demande. Le délai de paiement indiqué dans la facture correspond aussi au délai de recours. En signant le présent formulaire, vous prenez acte du fait que la facture devient définitive à l'expiration du délai de recours. En cas de litige, le droit suisse s'applique. Le for est à Bâle-Ville.

## Levée du secret médical / Transmission de renseignements à des tiers

---

Par votre signature, vous autorisez la Clinique Merian Iselin et les médecins en charge de votre traitement à transmettre des données de votre dossier et des données personnelles vous concernant à des tiers (médecins, assureurs ou autorités, par exemple), notamment pour évaluer l'obligation de prestation, et les déliez à cet égard du secret médical. Si vous en faites expressément la demande ci-après, la clinique ne transmettra des données médicales qu'au service de médecine-conseil de votre assurance-maladie ou accidents.

De plus, vous acceptez que le médecin qui vous a orienté-e vers notre établissement et, le cas échéant, les autres médecins impliqués dans votre traitement reçoivent un rapport sur votre traitement actuel.

La clinique est autorisée à informer de votre traitement les personnes de contact que vous avez désignées.

La clinique a besoin de votre adresse de résidence à la date de votre hospitalisation (adresse à laquelle vous êtes déclaré-e). Tout changement d'adresse doit être immédiatement signalé à la clinique. Le cas échéant, la clinique est autorisée à se renseigner auprès des autorités.

Je souhaite que la clinique ne transmette des données médicales qu'au service de médecine-conseil de mon assurance-maladie ou accidents.

## Remarques particulières

---

La clinique décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'argent liquide ou d'objets de valeur.

La clinique décline toute responsabilité en cas de non-respect des prescriptions médicales ou des instructions données pour les soins.

## Informations sur la Clinique Merian Iselin

---

Aimeriez-vous recevoir notre lettre d'information par e-mail?

Oui, cela m'intéresse.

Non, je ne suis pas intéressé-e.

## Exactitude des données

---

Par votre signature, vous attestez que les informations communiquées à la clinique sont exactes et complètes.

Lieu/Date:

Signature:

Pour les mineur-e-s (jusqu'au 18<sup>e</sup> anniversaire), nous avons besoin de la signature du/de la représentant-e légal-e.