

Anmeldung für ambulante und stationäre Patienten

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 Patientenklasse²

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

Welcher Ausschluss?

Gewünschte stationäre Behandlung²

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
-------	--------------