

Inscription des patients ambulatoires et stationnaires

Merci de remplir le formulaire et de le renvoyer/l'apporter.

Informations personnelles

Sexe masculin Sexe féminin

Prénom

Nom

Nom de jeune fille

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro AVS

Commune d'origine/nationalité

Téléphone/Natel

E-mail

Domicile fiscale

Rue/n°

Code postal/lieu

Canton

Autre domicile/adresse de résidence

Domicilié/e chez

Rue/n°

Code postal/lieu

Etat civil

Célibataire Divorcé/e
 Marié/e Séparé/e
 Veuf/-ve Partenariat enregistré

Confession religieuse

Catholique romaine Sans confession
 Réformée Orthodoxe
 Musulmane Aucune indication
 Autres

Proches

Prénom

Nom

Date de naissance (jour/mois/année)

Rue/n°

Code postal/lieu

Téléphone/Natel

Degré de parenté du proche

Connaissance Mère/père
 Curateur Voisin/e
 Epoux/-se Neveu/niece
 Petit-fils/-fille Gendre/belle-fille
 Ami/e Fils/fille
 Frère/sœur Conjoint

L'admission à l'hôpital a lieu pour

Maladie Maternité
 Accident, avec date de l'accident

Type de séjour

Ambulatoire Stationnaire

Clinique

Médecine Clinique gynécologique
 Chirurgie Date d'admission

Traitement stationnaire souhaité

Général Chambre familiale (accouchement) *
 Semi-privé Upgrade semi-privé *
 Privé Upgrade privé *
 * Payant.

Informations concernant votre assurance

Générale, canton de domicile Semi-privée
 Générale, toute la Suisse Privée
 Intervention à la demande du patient/patient privé

Caisse d'assurance maladie

Nom assurance de base

N° de la carte d'assuré

Nom assurance complémentaire

N° de la carte d'assuré

Assurance accident (ne remplir que pour les accidents)

Nom assurance de base

Nom assurance complémentaire

Numéro du sinistre

Employeur (ne remplir que pour les accidents)

Société

Code postal/lieu

Indépendant/e Elève/étudiant
 Femme au foyer Retraité/e
 Sans emploi Sans emploi (inscrit/e à l'ORP)

Médecin de famille

Nom

Code postal/lieu

Pas de médecin de famille

Médecin prescripteur

Nom

Code postal/lieu

Médecin traitant

Nom

Code postal/lieu

Date

Signature

Je confirme par la présente l'exactitude des indications fournies en page 1.

Je comprends que les frais non couverts par la caisse d'assurance maladie/l'assurance accident sont à la charge du patient ou de son représentant légal. J'accepte les conditions générales de vente de Spital Lachen AG. Je prends note des informations suivantes et j'accepte que:

1. mes informations personnelles et mes données médicales soient transmises au médecin prescripteur, au médecin de famille, à tout autre médecin éventuellement impliqué ainsi qu'aux assurances impliquées, sachant que je peux exiger expressément de Spital Lachen la transmission de mes données médicales au médecin-conseil de l'assurance;
2. les professionnels de la santé impliqués dans mon traitement médical et leurs auxiliaires médicaux au sein de Spital Lachen et chez ses partenaires puissent accéder à mes dossiers médicaux;
3. Spital Lachen puisse consulter et enregistrer directement les données de ma carte d'assuré ou celles se trouvant dans les bases de données mises à disposition par les assurances;
4. lors de la transmission par e-mail, il puisse arriver que des données sensibles soient interceptées en vue d'un usage frauduleux. Veuillez noter que Spital Lachen ne peut garantir une transmission sûre des e-mails. Sauf instructions contraires ou dès lors que le patient a indiqué son adresse e-mail, Spital Lachen est autorisé à communiquer avec le patient par e-mail sans recourir au chiffrement;

5. Spital Lachen puisse transférer à une agence de recouvrement externe des créances ouvertes ainsi que les données nécessaires à cette fin;
6. Spital Lachen n'assume aucune responsabilité pour les effets, objets de valeur ou espèces apportés/ées par le patient.

Lieu et date

Signature valide

- Le for juridique est le siège de Spital Lachen AG.
- Les patients souhaitant des prestations supplémentaires (par exemple division semi-privée ou privée, catégorie de chambre plus élevée, etc.) sont priés de remplir le formulaire correspondant en plus du présent formulaire.
- Les copies des factures peuvent être commandées auprès de l'hôpital.