

## Eintrittformular

Für stationäre/ambulante Patienten. Bitte ausfüllen und zurücksenden/mitbringen.

Waren Sie bereits als Patient im Spital Lachen?  Ja  Nein

### Personalien

männlich  weiblich

Vorname

Name

Lediger Name

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

Bürgerort/Nationalität

Telefon/Natel

E-Mail

### Steuerlicher Wohnsitz

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Kanton

### Anderer Wohnsitz/Wohnadresse

Wohnhaft bei

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

### Zivilstand

- ledig  geschieden  
 verheiratet  getrennt  
 verwitwet  eingetragene Partnerschaft

### Konfession

- römisch-katholisch  konfessionslos  
 reformiert  Orthodox  
 Islam  keine Angaben  
 Andere

### Angehörige

Vorname

Name

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Natel

### Verwandtschaftsgrad des Angehörigen

- Bekannte/-r  Mutter/Vater  
 Beistand  Nachbar/-in  
 Ehemann/-frau  Nefte/Nichte  
 Enkel/-in  Schwiegersohn/-tochter  
 Freund/-in  Sohn/Tochter  
 Bruder/Schwester  Lebenspartner/-in

### Spitaleintritt erfolgt aufgrund

- Krankheit  Mutterschaft  
 Unfall, mit Unfalldatum

### Aufenthaltsart

Ambulant  Stationär

### Klinik

- Medizin  Frauenklinik  
 Chirurgie  Eintrittsdatum

### Gewünschte stationäre Behandlung

- Allgemein  Familienzimmer (bei Geburt) \*  
 Halbprivat  Upgrade Halbprivat \*  
 Privat  Upgrade Privat \*  
 \* kostenpflichtig

### Angaben zu Ihrer Versicherung

- Allgemein Wohnkanton  Halbprivat  
 Allgemein ganze Schweiz  Privat  
 Wunscheingriff/Selbstzahler

### Krankenkasse

Name Grundversicherung

Versicherungskarten-Nr.

Name Zusatzversicherung

Versicherungskarten-Nr.

### Unfallversicherung (nur bei Unfall auszufüllen)

Name Grundversicherung

Name Zusatzversicherung

Schadenummer

### Arbeitgeber (nur bei Unfall auszufüllen)

Firma

PLZ/Ort

- Selbständig  Schüler/Student  
 Hausfrau  Rentner  
 Arbeitslos  Arbeitslos (beim RAV gemeldet)

### Hausarzt

Name

PLZ/Ort

kein Hausarzt

### Einweisender Arzt

Name

PLZ/Ort

### Behandelnder Arzt

Name

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der auf der Seite 1 gemachten Angaben.**

Ich verstehe, dass nicht durch Krankenkasse/Unfallversicherung gedeckte Kosten durch den Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter bezahlt werden müssen. Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Spital Lachen AG. Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass:

1. der einweisende Arzt, der Hausarzt, allfällig weitere beteiligte Ärzte sowie involvierte Versicherungen meine Personalien und medizinischen Daten erhalten, wobei ich beim Spital Lachen ausdrücklich die Weitergabe der medizinischen Angaben an den Vertrauensarzt der Versicherung verlangen kann;
2. die an meiner medizinischen Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen und deren medizinische Hilfspersonen innerhalb des Spitals Lachen und dessen Partner auf meine Krankenakten zugreifen können,
3. das Spital Lachen Daten von der Versichertenkarte direkt oder von den durch die Versicherungen angebotenen Datenbanken abfragen und speichern kann;
4. sensitive Daten bei der E-Mail-Übertragung unter Umständen abgefangen und missbraucht werden können. Bitte beachten Sie, dass das Spital Lachen für die sichere Übertragung von E-Mails keine Gewähr übernehmen kann. Ohne anderslautende Instruktionen beziehungsweise mit Angabe der E-Mail-Adresse durch den Patienten ist das Spital Lachen berechtigt, mit dem unterzeichnenden Patienten unverschlüsselt per E-Mail zu kommunizieren;

5. das Spital Lachen offene Forderungen an ein externes Inkassobüro weitergeben kann und dazu die dafür notwendigen Daten an dieses weitergibt;
6. das Spital Lachen keine Verantwortung und Haftung für mitgebrachte Effekten, Wertgegenstände und Geld übernimmt.

Ort und Datum

---

Rechtsgültige Unterschrift

---

- Gerichtsstand ist der Sitz der Spital Lachen AG.
- Patienten mit Wunsch nach Zusatzleistungen (zum Beispiel Halbprivat- oder Privatabteilung, höhere Zimmerkategorie etc.) bitten wir, zusätzlich das entsprechende Formular auszufüllen.
- Rechnungskopien können beim Spital bestellt werden.