

„Wir schenken Ihnen Zeit“ - Anmeldeformular für Patient/innen

Klinik, welche Sie für einen stationären Eintritt aufgeboten hat oder wo Sie einen ambulanten Termin haben:

Klinik _____ **Eintrittsdatum** _____ **Eintrittszeit** _____

Allgemeine Angaben

Name _____ Vorname _____ Lediger Name _____

Geb.datum _____ Geschlecht männlich weiblich

Sprache _____ Nationalität _____ Aufenthaltsbewilligung _____

Religion/Konfession katholisch reformiert, evangelisch
 keine andere: _____

Zivilstand ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft
 verwitwet getrennt geschieden

Telefon P _____ Telefon G _____ Mobile _____

E-Mail _____ Sozialversicherungs-Nr. _____

Steuerrechtlicher Wohnsitz

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____ Kanton _____

Anderer Wohnsitz / Wochenaufenthalter/in

Wohnhaft bei: Name/Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____ Kanton _____

Beruf, Arbeitgeber

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____ Kanton _____

Kontaktperson 1

Ehepartner/in eingetragene Partnerschaft Eltern/Elternteil Geschwister andere: _____

Name _____ Vorname _____ Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____ Telefon _____ Mobile _____

Kontaktperson 2

Ehepartner/in eingetragene Partnerschaft Eltern/Elternteil Geschwister andere: _____

Name _____ Vorname _____ Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____ Telefon _____ Mobile _____

Eintritt oder Besuch erfolgt aufgrund:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Mutterschaft |
| <input type="checkbox"/> Gutachten für Versicherung | <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |

Angaben zu Ihrer Versicherung - Versicherungsdeckung

- Allgemein Wohnkanton Allgemein ganze Schweiz
 Halbprivat Privat Selbstzahler

Gewünschte Aufenthaltsklasse für diese stationäre Behandlung

- Allgemein Halbprivat Privat

Wenn privat/halbprivat: Angaben zu Einschränkungen bei der Zusatzversicherung

- Vorbehalte _____
 Ausschlüsse _____
 Karenzfrist _____
 Bemerkungen _____

Obligatorische Krankenversicherung (KVG)

Name der Versicherung _____ Versicherungsnummer _____

Zusatzversicherung (VVG)

Name der Versicherung _____ Versicherungsnummer _____

Unfallversicherung (UVG) / Militärversicherung (MVG)

Name der Versicherung _____

Unfalldatum _____ Unfallnummer _____

Invalidenversicherung (IVG)

IV-Stelle _____ IV Verfügungs-Nr. _____ Geburtsgebrechen-Nr. _____

Kostenübernahme für diesen stationären Aufenthalt durch andere Versicherung

Name der Versicherung _____ Versicherungsnummer _____

Einweisender Arzt / Einweisende Ärztin

Name, Vorname _____ Telefon _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Hausarzt / Hausärztin

Name, Vorname _____ Telefon _____

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Sie erklären mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit vorstehender Angaben. Weiter erteilen Sie dem Inselspital die Genehmigung, die für die Kostensicherung notwendigen Daten an die beteiligten Stellen (Kostenträger wie z.B. Versicherer) weiterzugeben. Das Inselspital stellt den Kostenträgern die vertraglich festgelegten Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes zur Verfügung. Ausgefülltes Formular bitte **5 Tage** vor Eintritt/Termin senden an: **Inselspital Bern, Zentrale Patientenaufnahme, 3010 Bern**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in