

Anmelde-/Eintrittsformular

Persönliche Angaben

Name* Vorname männl. weibl.

Zivilstand ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt eingetragene Partnerschaft

Lediger Name Geburtsdatum

Adresse PLZ/Wohnort

Steuerdomizil

Telefon E-Mail**

Nationalität Aufenthaltsbewilligung

AHV-Nr.

* ich bin Mitarbeiter/in der KSA-Gruppe

***Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse ermöglichen Sie, dass die allgemeine Korrespondenz ohne medizinische Daten elektronisch unverschlüsselt per E-Mail erfolgt. Medizinische Informationen (Berichte, Rezepte, Einladungen zu Terminen) werden Ihnen verschlüsselt übermittelt. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Webseite: www.ksa.ch/datenschutzerklaerung*

Religion/Konfession (Angabe freiwillig)

reformiert römisch-katholisch andere keine

Ich wünsche weder Besuch von der Seelsorge noch Auskunftserteilung über meinen Spitalaufenthalt

Anderer Wohnsitz/Wochenaufenthalter

Wohnhaft bei c/o

Adresse

PLZ/Wohnort

Kanton/Land

Telefon E-Mail**

1. Kontaktperson/Bezugsperson

Ehepartner eingetragene Partnerschaft Eltern Geschwister Tochter Sohn andere

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon E-Mail

2. Kontaktperson/Bezugsperson

Ehepartner eingetragene Partnerschaft Eltern Geschwister andere

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon E-Mail

Spitalbehandlung erfolgt aufgrund

Krankheit Mutterschaft Unfall Gutachten für Versicherung Geburtsgebrechen/IV Berufskrankheit

Wie sind Sie versichert?

allgemein Wohnkanton allgemein ganze Schweiz privat halbprivat Wahlversicherung

Wünschen Sie ein Upgrade?*

Upgrade Zimmerkomfort Upgrade Klassenwechsel

Zweibettzimmer Halbprivat

Einbettzimmer Privat

Wünschen Sie ein Downgrade?*

Downgrade Klassenwechsel

Halbprivat

Allgemein

Obligatorische Grundversicherung

Name der Versicherung _____

Versichertennummer _____

Zusatzversicherung (bei Krankheit und Unfall auszufüllen)

Name der Versicherung _____

Versichertennummer _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis über die Kaderarztwahl gemäss dem Vor- bzw. Aufklärungsgespräch. Bei einem Notfalleintritt oder med. Diensten, wie z.B. Radiologie, Labor, Pathologie, erklären Sie sich mit der Behandlung durch den vom Kantonsspital Aarau bestimmten qualifizierten Kaderarzt/der Kaderärztin einverstanden. Falls Sie mit der zugeteilten Ärztin/dem zugeteilten Arzt nicht einverstanden sind, melden Sie dies umgehend Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt.

Unterschrift Patient/-in, Ehepartner/-in oder gesetzliche/r Vertreter/-in _____

Arbeitgeber (nur bei einem Unfall auszufüllen)

Name _____

Zuständigkeit (Name oder Abteilung) _____ Telefon _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Unfallversicherung (nur bei einem Unfall auszufüllen)

Name der Versicherung _____ Police-Nummer _____

Unfall-Nummer _____ Unfallort _____

Unfalldatum _____

Name/Adresse Ihres Hausarztes

Name _____ Telefon _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Name/Adresse des einweisenden Arztes/Spitals

Name _____ Telefon _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Eintrittsinformationen/Kostensicherung

- Die Kantonsspital Aarau AG ist verpflichtet, bei Ihrer Aufnahme die Personaldaten zu überprüfen. Dazu benötigen wir: eine gültige Identitätskarte, den Reisepass oder einen gleichwertigen Ausweis,
- die Versichertenkarte des Leistungsträgers (Kranken- oder Unfallversicherung, IV etc.),
- dieses ausgefüllte und unterschriebene Anmelde-/Eintrittsformular.

Für die Sicherstellung der Kostenübernahme benötigen wir eine vollumfängliche Kostengutsprache Ihrer Versicherung. Diese wird durch uns direkt bei Ihrer Versicherung beantragt. **Bei fehlender oder abgelehnter Kostengutsprache seitens Versicherung ist eine Depotzahlung geschuldet.**

Depotzahlung in der Höhe von CHF _____ geleistet

Der/die Patient/Patientin erklärt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt das Spital zur Online-Abfrage und Weitergabe der zur Kostensicherung notwendigen Daten an alle beteiligten Stellen.

*Haben Sie sich für einen Aufenthalt oder eine Behandlung entschieden, welche nicht Ihrer Versicherungsdeckung entspricht oder für die keine entsprechende Kostengutsprache vorliegt, gehen diese Kosten zu Ihren Lasten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, diese Mehrkosten zu übernehmen.

Datum: _____

Unterschrift Patient/-in, Ehepartner/-in oder gesetzliche/r Vertreter/-in: _____