Stammblatt

KSA00081



| Persönliche Angaben | | Maura en a | | |
|--|---|---|---|--|
| Name* | | Vorname | □ weibl. □ männl. | |
| 0 | verheiratet verwitwet | | tragene Partnerschaft | |
| Lediger Name | Geburtsdatum | | | |
| Adresse PLZ/Wohnort | | | | |
| Steuerdomizil | | | | |
| Telefon | | E-Mail** | | |
| Nationalität | AHV-Nr. | | | |
| □ *ich bin Mitarbeiter/in der KSA-Gruppe | | Korrespondenz ohne medizinische Dat erfolgt. Medizinische Informationen (E werden Ihnen verschlüsselt übermitte | **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: ksa.ch/datenschutzerklaerung | |
| Religion/Konfession (Ang | abe freiwillig) | | | |
| | n-katholisch 🔲 andere uch von der Seelsorge noch Au | skunftserteilung über meinen Spitalaufen | □ keine thalt | |
| Anderer Wohnsitz oder W Wohnhaft bei c/o | ochenaufenthalter/in | | | |
| Adresse | | | | |
| PLZ/Wohnort | | | | |
| Kanton/Land | | | | |
| - | sperson (z.B. Erstkontakt nach etragene Partnerschaft = Elte | n OP) rn | andere | |
| Name | | Vorname | | |
| Adresse | PLZ/Ort | | | |
| Telefon | | E-Mail | | |
| 2. Kontaktperson/Bezugs Ehepartner/in einge Name | | ern Geschwister andere Vorname | | |
| | | | | |
| Adresse | | PLZ/Ort | | |
| Telefon | | E-Mail | | |
| | _ | nten für Versicherung 🔲 Geburtsgebrech enversicherung klären. | nen/IV 🗆 Berufskrankheit | |
| Wie sind Sie versichert? (☐ allgemein Wohnkanton | Klären Sie vorgängig den Selbst □ allgemein ganze Schweiz | _ | rsicherung | |
| Wünschen Sie ein Upgrad | e?* | Wünschen Sie ein Downgrade? | | |
| Zimmer | Klassenwechsel | Klassenwechsel | | |
| ☐ Zweibettzimmer | ☐ Halbprivat | ☐ Halbprivat | | |
| Einbettzimmer | Privat | Allgemein | | |

| Name der Versicherung | Kantonsspita |
|---|---|
| Versichertennummer | Aarau |
| Zusatzversicherung (bei Krankheit und Unfall aus Name der Versicherung | |
| Versichertennummer | |
| Notfalleintritt oder med. Diensten, wie z.B. Radiolog Aarau bestimmten Fachärztin oder dem Facharzt ei | dnis über die Kaderarztwahl gemäss dem Vor- bzw. Aufklärungsgespräch. Bei einem gie, Labor, Pathologie, erklären Sie sich mit der Behandlung durch der vom Kantonsspital nverstanden. Falls Sie mit der zugeteilten Ärztin oder dem zugeteilten Arzt nicht er behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt. |
| Unterschrift Patient/in, Ehepartner/in oder gesetzl | iche/r Vertreter/in |
| Arbeitgeber/in zum Zeitpunkt des Unfalls (nur bei Name | i einem Unfall auszufüllen) □ erwerbstätig □ selbständig □ nicht erwerbstätig |
| Zuständigkeit (Name oder Abteilung) | Telefon |
| Adresse | PLZ/Ort |
| Unfallversicherung (nur bei einem Unfall auszufül | llen) |
| Name der Versicherung | Police-Nummer |
| Unfall-Nummer | Unfallort |
| Unfalldatum | |
| Name/Adresse von Ihrer Hausärztin oder Ihrem H | ausarzt |
| Name | Telefon |
| Adresse | PLZ/0rt |
| Name/Adresse der einweisenden Ärztin oder dem | ı einweisenden Arzt oder des Spitals |
| Name | Telefon |
| Adresse | PLZ/Ort |
| Eintrittsinformationen/Kostensicherung Die Kantonsspital Aarau AG ist verpflichtet, bei Ihre Eine gültige Identitätskarte, den Reisepass oder e Die Versichertenkarte des Leistungsträgers (Kran Dieses ausgefüllte und unterschriebene Stammbl | ıken- oder Unfallversicherung, IV etc.) |
| die Preise der Taxordnung KSA nach Behandlungsja keine Abklärungspflicht. Erfolgen Abklärungen entg sprache und/oder Kostenübernahme eines Leistung | Spital Schuldner/in in der von Ihnen gewünschten Behandlung sind. Massgebend sind Ihr. Sie bestätigen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes zu kennen; das Spital hat gegenkommenderweise durch das Spital und sollte keine vollumfängliche Kostengutgsträgers vorliegen, werden Ihnen die Kosten in Rechnung gestellt. Sie erklären mit Ihre tammblatt. Sie können nachträglich nicht geltend machen, dass Sie sich geirrt oder den |
| | igen wir eine vollumfängliche Kostengutsprache Ihrer Versicherung. eantragt. Bei fehlender oder abgelehnter Kostengutsprache seitens Versicherung |
| ■ Depotzahlung in der Höhe von CHF | geleistet |
| Die Patientin oder der Patient erklärt mit ihrer/seine und Weitergabe der zur Kostensicherung notwendig | er Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt das Spital zur Online-Abfrag gen 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

Unterschrift Patient/in, Ehepartner/in oder

gesetzliche/r Vertreter/in:

Kostengutsprache vorliegt, gehen diese Kosten zu Ihren Lasten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, diese Mehrkosten zu übernehmen.

Obligatorische Grundversicherung

Datum:

ZUUUUZ4Z/ 11.Z4/NPL