

**Aufnahmeformular für Patienten  
LUKS Luzern**

**Bitte beachten Sie auch die Rückseite**

ambulant	stationär	Notfall	Unfallereignis	Krankheit	Schwangerschaft / Mutterschaft
<b>Aufnahmedatum:</b>			<b>Klinik / Abteilung:</b>		

**Allgemeine Angaben**

<b>Personalien</b>	Geschlecht	weiblich	männlich
Familienname	Vorname		
lediger Name (Name vor Heirat)	Nationalität		
Geburtsdatum	Beruf / Tätigkeit		

<b>Zivilstand</b>	<b><u>bei stationärem Spitalaufenthalt erforderlich</u></b>
ledig	<b>Religion/Konfession</b>
verheiratet	röm.kath. evang.ref. christ.kath. orthodox evang.Freikirche Zeugen Jehovas
eingetragene Partnerschaft	jüdisch islamisch hinduistisch buddhistisch andere konfessionslos keine Angaben
verwitwet	Falls Sie wünschen, wird das Pfarramt Ihres Wohnortes oder Ihre Religionsgemeinschaft auf Anfrage über Ihren Spitalaufenthalt informiert.
geschieden getrennt	<b>Ja, ich wünsche, dass die Seelsorgenden meines Wohnortes oder meine Religionsgemeinschaft über meinen Spitalaufenthalt informiert werden.</b>
aufgelöste Partnerschaft	

**Adresse zivilrechtlicher Wohnsitz**

Adresse inkl. Strassennummer	PLZ/Ort	
Telefon 1 (Festnetz)	Telefon 2 (Mobil)	E-Mail
<b>Wohnsitz bei Wochenaufenthalt</b>		
Wohnhaft bei c/o Name	Adresse inkl. Strassennummer	PLZ/Ort
<b>Arbeitgeber / Name der Firma zur Zeit des Unfalls:</b>	Sind Sie erwerbslos? <b>ja</b>	Sind Sie beim RAV gemeldet? <b>ja</b> <b>nein</b>
Name der Firma und genaue Firmenadresse, PLZ, Ort, Telefon		

**Bezugsperson eine Adresse für Spitalaufenthalt stationär erforderlich**

Ehepartner/-in / Lebenspartner/-in Eltern/Elternteil Bruder / Schwester Tochter / Sohn Bekannte/r (oder gesetzlicher Vertreter)

**Familienname, Vorname, Wohn-Adresse, Telefon 1 und Telefon 2**

**weitere Kontaktperson:** Familienname, Vorname, genaue Wohn-Adresse, Telefon 1 und Telefon 2

**Bitte beachten Sie auch die Rückseite**

## Ihre Versicherungsangaben

### Basis Grundversicherung: (obligatorisch OKP)

Allgemein Wohnkanton (OKP)

Name der Versicherung:

Vers.Nr. oder Karten-Nr.

### Zusatzversicherung VVG

Allgemein ganze Schweiz  
Halbprivat  
Privat

Name der Versicherung:

Vers.Nr. oder Karten-Nr.

### Ihr Spitaleintritt erfolgt

Allgemein (OKP)

Flexibel: Freie Abteilungswahl **von Fall zu Fall**  
Halbprivat **oder** Privat (Sie übernehmen den Kostenanteil, wie mit Ihrer Versicherung vereinbart)

Halbprivat Sie haben eine Spital-Zusatzversicherung (HP) mit voller Kostenübernahme durch Ihre Versicherung

Privat Sie haben eine Spital-Zusatzversicherung (P) mit voller Kostenübernahme durch Ihre Versicherung

### **Selbstzahler Vorauszahlung à conto Behandlung mit vorgängiger Absprache LUKS**

Wenn die IV Kostenträger ist, bitten wir um die Mitteilung der IV-Verfügungsnummer.

### Unfallversicherung (bei Unfallereignis)

**Informieren Sie bitte Ihren Arbeitgeber über das Unfallereignis.**

Name der Versicherung, Ort

**Unfalldatum:**

**Unfallnummer:**

### Arztangaben:

**Hausarzt:** Name, Vorname, Adresse, Ort

**Einweisender Arzt / Facharzt / anderes Spital, andere:** Name, Vorname, Adresse, Ort

Ohne Ihren Gegenbericht schicken wir dem einweisenden Arzt sowie dem Hausarzt einen Bericht über Ihren Spitalaufenthalt.

### **Wichtige Eintrittsinformationen**

Wir bitten Sie, Ihre persönlichen Angaben auf dem vorliegenden Eintrittsformular einzutragen und **5 Arbeitstage vor dem geplanten Termin** zu retournieren.

**Wünschen** Sie einen Wechsel in eine andere Behandlungsklasse als Ihre Versicherungsklasse (Up-Grade), setzen Sie sich **vorgängig** mit der **Disposition der jeweiligen Klinik in Verbindung**.

Sie erklären mit der persönlichen Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Angaben und das Einverständnis zur Online-Abfrage Ihrer Versicherung und die Weitergabe der zur Kostensicherung erforderlichen Daten.

Unterschrift Patientin/ Patient **oder** gesetzliche **Vertretung:**

Ort und Datum

315916 / 900539 / 07.17