

Aufnahmeformular für Patienten

LUKS Luzern

Bitte schicken Sie uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular **umgehend** zu. Beachten Sie auch die **Rückseite**.

Aufnahmedatum:

Klinik/Abteilung:

ambulant stationär Notfall Unfallereignis Krankheit Schwangerschaft/Mutterschaft

Allgemeine Angaben

Familienname:

Vorname:

weiblich männlich

lediger Name (Name vor Heirat):

Nationalität:

Geburtsdatum:

Beruf/Tätigkeit:

ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft verwitwet geschieden getrennt aufgelöste Partnerschaft

Adresse zivilrechtlicher Wohnsitz

Adresse inkl. Strassennummer:

PLZ/Ort:

Telefon (Festnetz):

Telefon (Mobil):

E-Mail:

Wohnsitz bei Wochenaufenthalt

Wohnhaft bei c/o Name:

Adresse inkl. Strassennummer:

PLZ/Ort:

Ihre Versicherungsangaben

Bitte geben Sie **immer** auch Ihre Spital-Zusatzversicherung an.

Basis Grundversicherung: (obligatorisch OKP)

Allgemein Wohnkanton (OKP)

Name der Versicherung:

Versicherungs-Nr. oder Karten-Nr.:

Die IV ist Kostenträger: IV-Verfügungsnummer

Spital-Zusatzversicherung (VVG)

Allgemein ganze Schweiz Halbprivat Privat Flexibel: Freie Abteilungswahl von Fall zu Fall

Name der Versicherung:

Versicherungs-Nr. oder Karten-Nr.:

Arztangaben

Hausarzt Name, Vorname, Adresse, Ort:

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

Unfallereignis

Betriebsunfall Nicht-Betriebsunfall Militär Unfall

Arbeitgeber/Name der Firma zur Zeit des Unfalls Sind Sie erwerbslos? ja Sind Sie beim RAV gemeldet? ja nein

Name der Firma und genaue Firmenadresse, PLZ/Ort, Telefon:

Unfallversicherung (Name, Ort):

Unfall-Datum und Unfallnummer:

Informieren Sie bitte Ihren Arbeitgeber über das Unfallereignis.

Geburtshilfe

Versicherung des Neugeborenen: _____ Familienzimmer (Aufpreis)

Stationärer Spitalaufenthalt mit Übernachtung

Mein Spitaleintritt erfolgt:

Allgemein (Obligatorische Krankenversicherung)

Ich bin flex-versichert und trete Privat oder Halbprivat oder Allgemein ein.
Ich übernehme den Kostenanteil, wie mit meiner Versicherung vereinbart.

Halbprivat* – ich habe eine Spital-Zusatzversicherung (halbprivat) mit voller Kostenübernahme durch meine Versicherung.

Privat* – ich habe eine Spital-Zusatzversicherung (privat) mit voller Kostenübernahme durch meine Versicherung.

*** Ihre Abteilungswahl ist verbindlich.** Ein späterer Wechsel in eine tiefere Versicherungsklasse kann nicht berücksichtigt werden. Wünschen Sie einen Wechsel in eine höhere Behandlungsklasse als Ihre Versicherungsklasse (**Upgrade**)? Setzen Sie sich bitte **vorgängig** mit der Patienten-Disposition der jeweiligen Klinik in Verbindung.

Religion/Konfession für Spitalaufenthalt stationär erforderlich

röm. katholisch evang.ref. christ. katholisch orthodox evang. Freikirche Zeugen Jehovas
 jüdisch muslimisch hinduistisch buddhistisch andere konfessionslos keine Angaben

Ja, ich wünsche, dass die Seelsorgenden meines Wohnortes oder meine Religionsgemeinschaft über meinen Spitalaufenthalt informiert werden.

Unterschrift

Ich erkläre mit der persönlichen Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und das Einverständnis zur Online-Abfrage meiner Versicherung sowie die Weitergabe der zur Kostensicherung erforderlichen Daten.

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

Ort und Datum