

Anmeldeformular für Patienten

Patientenaufnahme
Direkt +41 56 486 22 30
pa@ksb.ch

Eintrittsart (wird von der Klinik ausgefüllt)

Ambulant Stationär

Aufgebot durch welche Klinik/Institut Eintrittsdatum/Behandlungszeit Fallnummer

Allgemeiner Hinweis

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es **schnellstmöglich** vor Ihrem Spitaleintritt an die Patientenadministration des KSB. Bei Wiedereintritt innerhalb von 6 Monaten nur Name, Vorname, Geburtsdatum, Einweisung/Arztadresse und Rückseite ausfüllen.



1. Grund der Spitaleinweisung (ab hier ausfüllen)

Krankheit Unfall, Datum **bitte sofort den Unfall anmelden** (Arbeitgeber/Versicherung)
 Mutterschaft Nicht kassenpflichtige Behandlung Geburtsgebrechen Berufskrankheit
 Krankheit/Unfall im Militärdienst

2. Personalien

Name (amtl. Name) Vorname Geburts-/Ledigname
 Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) Zivilstand Geschlecht w m d
 Strasse/Nummer PLZ/Ort Heimatort/Nationalität
 Konfession/Religion (Angabe für Spitalseelsorge) Steuerort (falls abweichend vom Wohnort) Beruf
 Telefon privat Telefon mobil E-Mail-Adresse

3. Besitzen Sie eine Patientenverfügung?

ja nein Seelsorge unerwünscht

4. Haben Sie ein Elektronisches Patientendossier (EDP)?

ja nein

Bitte berechtigen Sie das KSB für einen Zugriff auf Ihr EPD noch vor Behandlungsbeginn am KSB.

5. Wünschen Sie für die anstehende Behandlung einen Fallausschluss?

ja nein

Bei einem Fallausschluss werden zu diesem Krankheitsfall keine Dokumente Ihrer Behandlung am KSB in Ihr EPD hochgeladen.

6. Arbeitgeber

Name Ort Telefon

7. Kontaktperson

Ehepartner Lebenspartner eingetr. Partnerschaft Eltern/Elternteil Tochter/Sohn andere

Name Vorname Telefon (privat/mobil)

Adresse

8. Einweisung/Arztadresse

Eingewiesen durch (Name und Adresse des Arztes/Spitals)

Hausarzt (Name/Ort) Frauenarzt (Name/Ort)

Klinik Station/Zimmer Sachbearbeiterin/Visum

(wird von der Patientenadministration ausgefüllt)

