

Anmeldung zum Klinikeintritt

- Notfall** **ambulant** **stationär**
 Selbstzahlertarif



Dieses Anmeldeformular muss vor dem Spitaleintritt von allen Patientinnen und Patienten vollständig und gut leserlich ausgefüllt und unterzeichnet der Patientenaufnahme der Klinik Linde AG, Blumenrain 105, 2501 Biel zurückgesandt werden. Bei kurzfristigem Eintritt, Formulare am Eintrittstag mitbringen.

Zimmer-Nummer: _____ Arzt: _____

Eintrittsdatum: _____ Eintrittszeit: _____

Arzt: _____ Hausarzt: _____

Eintrittsgrund: _____ Krankheit Unfall Mutterschaft

Personalien der Patientin / des Patienten

Name (gesetzlich): _____ Vorname: _____

Lediger Name (lediger Name der Ehefrau): _____

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr): _____ Geschlecht: männlich weiblich

Strasse, Nummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____ Mobile: _____

Zivilstand: ledig verheiratet getrennt geschieden verwitwet

Heimatort/Kanton (bitte Ort und Kanton angeben): _____

Konfession: protestantisch katholisch andere konfessionslos

Beruf: _____

Arbeitgeber (Firmenname, Ort): _____

Arbeitgeber (Telefon): _____

Angehörige (Kontaktperson)

Ehepartner/in Partner/in Eltern Tochter/Sohn Geschwister

Eingetragene Partnerschaft andere

Name/Vorname: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____ Mobile: _____

Ehepartner/in Partner/in Eltern Tochter/Sohn Geschwister

Eingetragene Partnerschaft andere

Name/Vorname: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____ Mobile: _____

Auf der Rückseite bitte die Versicherungsfragen beantworten und unterzeichnen

Anmeldung zum Klinikeintritt

Achtung:
Bitte unbedingt Kopie
Police/n beilegen

Krankenkasse

Allgemein Wohnkanton Allgemein ganze Schweiz Halbprivat Privat

Krankenkasse (Name): Versicherungs-Nr. / Police-Nr.:

Zusatzversicherung (Name): Versicherungs-Nr. / Police-Nr.:

Unfallversicherung (Bitte nur ausfüllen bei Unfall / IV / MV)

Allgemein Halbprivat Privat Unfalldatum:

Unfallversicherung (Name/Sektion): Unfall-Nr.:

Zusatz-Unfallversicherung (Name/Adresse): Unfall-Nr.:

Arbeitgeber (Firma/Strasse/Ort):

Gemäss Sozialversicherungsgesetz sind Sie Schuldner für die erbrachten Arzt- und Spitalleistungen. Jedenfalls bleibt jede Patientin und jeder Patient bis zur vollständigen Bezahlung der Rechnungen der Klinik Linde AG Schuldnerin, Schuldner in derselben, unabhängig davon, ob für diese Leistungen eine Versicherungsdeckung besteht oder nicht. Als Patientin, Patient sind Sie zusätzlich für die Kosten verantwortlich, die nicht von der Krankenkasse, Privatversicherungen, SUVA, EMV, IV übernommen werden (z.B. private Telefongebühren, Getränke usw.).

Information Rechnungsstellung ambulante Behandlungen

Mit der Einführung des Tarmed sind wir die Verpflichtung eingegangen, die Rechnungsdaten direkt den Krankenkassen auf elektronischem Weg verfügbar zu machen, und somit den administrativen Aufwand bei den Krankenkassen zu reduzieren. So wird unter der Verwendung einer speziellen Sicherheitstechnologie (etwa wie beim eBanking) Ihre Tarmedrechnung elektronisch Ihrer Krankenkasse (mit einigen Ausnahmen) zugestellt.

Information Rechnungsstellung stationäre Behandlungen (Tarif)

Zusätzlich zum Zimmerpreis werden verrechnet: Labor-Analysen, Röntgenaufnahmen, Physiotherapie, Operationssaal, IPS, Aufwachraum, Medikamente, Material, Extras Hotellerie sowie Arzthonorare.

Depot

Patienteninnen und Patienten mit Unterversicherung sowie im Ausland wohnende Patienten müssen beim Eintritt eine Depotzahlung leisten. Das Depot bleibt als Garantie für Spitalkosten bis zum Austritt resp. zur Schlussabrechnung bestehen. Übersteigen die aufgelaufenen Kosten die Höhe des Depots, werden weitere Depot-Leistungen verlangt.

Gerichtsstand

Alle Rechtsverhältnisse zwischen Patientinnen und Patienten, Versicherungen und der Klinik unterstehen dem schweizerischen Recht. Bei Streitigkeiten wird ausdrücklich der Gerichtsstand Biel vereinbart.

Wertsachen

Für Wertsachen, welche nicht im Safe der Patientenaufnahme, sondern im Zimmer deponiert werden, lehnt die Klinik Linde jede Haftung ab.

Besondere Wünsche:

Datum: Unterschrift der/des eintretenden oder Unterschrift des
Patientin/Patienten: Rechtsvertreters: