


Mitarbeiter/in See-Spital (bitte ankreuzen)	
--	--

	Selbstzahler (Stempel anbringen)
--	---

Personalienbogen für COVID-19

Name:		Vorname:		Geb. Datum:	
Strasse:		PLZ / Wohnort:			
Tel. Nr.		Mobile:		Land:	
E-Mail:					
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich		Zivilstand:	
Hausarzt:					
Name:		PLZ / Ort:			
Gesetzlicher Vertreter:					
Name:		Vorname:			
Strasse:		PLZ / Wohnort:			
Tel. P:		Mobile:		Tel. G:	
Krankenkasse (Name):					

KK-Karte hier drauflegen vor Fotoübermittlung	
--	--

Allfällige Bemerkungen: _____

Unterschrift: Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben, sowie meine Mitwirkungspflicht gemäss Patientengesetz (von 2005) zur erfolgreichen Behandlung und ermächtige meine behandelnden Ärzte zum Einholen und der Weitergabe medizinischer Auskünfte. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mich durch meine Unterschrift verpflichte, alle nicht durch Krankenkassen/Versicherungen gedeckten Kosten zu übernehmen. Ich erlaube, dass meine medizinischen oder Personen-Daten (z.B. ICD-Code; Swiss DRG-Code) für Abrechnungszwecke der Krankenkasse oder dem Inkasso mitgeteilt, sowie gegebenenfalls Ämter, Behörden und Versicherungen bezüglich meiner Versicherungsdaten und Versicherungsdeckung kontaktiert werden.

Ich gebe meine Einwilligung, dass meine Daten für medizinische Register genutzt werden dürfen (z.B. SIRIS-Implantat-Register).

Ich nehme Kenntnis, dass das See-Spital keine Haftung für Verlust oder Diebstahl von meinen persönlichen Wertgegenständen (insbesondere Bargeld, Schmuck, Prothesen, Elektronikgeräte), Privatwäsche, privater Waren und Utensilien sowie deren allfällige Unterbringung in den vorhandenen Schliessfächern übernimmt, soweit nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Spitals bzw. des Personals vorliegt.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____