

Formular Selbstzuweisung Urologie



Datum

Angabe zur Ihrer Person

Geschlecht männlich weiblich divers

Name Vorname

Strasse / Nr. PLZ / Ort

Geburtsdatum Telefon

E-Mail Nationalität

Sozialversicherungs-Nr.

Grund der Behandlung (bitte Krankheit oder Unfall ausfüllen)

Krankheit

Versicherungsstatus Allgemein Wohnkanton Allgemein ganze Schweiz
Halbprivat Privat Selbstzahler

Name der Krankenkasse

Karten-Nr. auf Krankenkassenkarte

Sind Sie im Hausarztmodell versichert? Ja Nein

Falls Ja, Name und Adresse des Hausarztes:

Hinweis: Je nach Versicherungsmodell müssen Sie einen Teil oder die gesamten Kosten der Behandlung aufgrund der Selbstüberweisung selber tragen. Das Hausarztmodell sieht keine Selbstzuweisung vor. Bitte kontaktieren Sie bei Fragen Ihren Hausarzt.

Sind Sie voroperiert? Ja Nein

Waren Sie bereits Patientin oder Patient im Spital Muri? Ja Nein

Unfall

Unfalldatum Unfallzeit

Versicherungsstatus Allgemein Halbprivat Privat Selbstzahler

Name der Unfallversicherung

Schaden-Nr. (Unfallversicherung/
Militärversicherung) oder Verfügungs-
Nr. (IV) oder Police-Nr.

Formular Selbstzuweisung Urologie



Berufliche Tätigkeit Nur angeben, wenn die Selbstzuweisung auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Sind Sie berufstätig? Ja Nein (untenstehende Felder nicht ausfüllen)

Name, Adresse, PLZ / Ort, Telefonnummer des Arbeitgebers

Bei Selbständigkeit: Name, Adresse, PLZ / Ort, Telefonnummer

Falls Sie beim RAV angemeldet sind: Name, PLZ / Ort, Telefonnummer

Behandlung

Beschwerden /
Grund der Zuweisung

Gewünschte/r Ärztin/Arzt

Zweitmeinung gewünscht? Ja Nein

Kontaktperson

Person, mit der im Bedarfs-/Notfall Informationen ausgetauscht werden dürfen.

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Ehegatte/Partner Vater Mutter Sohn Tochter Bruder Schwester

Schwager Schwägerin Beistand Anderes:

Elektronisches Patientendossier EPD

Haben Sie ein elektronisches Patientendossier EPD? Ja Nein

* Wenn ja, möchten Sie den vorliegenden Fall aus dem EPD ausschliessen? Ja Nein

Übermittlung

Mit der Übermittlung dieses Formulars akzeptieren Sie unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.
Wir bitten Sie, alle notwendigen Beilagen (Arztberichte, Befunde, Röntgenaufnahmen etc.) mitzuschicken.
Nach der Einsendung des Formulars werden Sie innert 14 Tagen von uns kontaktiert.

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Auskunft an Dritte

Damit wir mit Ihrer Kranken- oder Unfallversicherung direkt abrechnen können, benötigen wir die Angaben Ihrer Versicherungskarte. Mit der Online-Abfrage überprüfen wir die Gültigkeit Ihrer Karte. Dazu benötigen wir Ihre Einwilligung gemäss Art. 15 VVK. Damit erteilen Sie uns die Erlaubnis, bei Unfall Ihren allfälligen Arbeitgeber oder Ihre involvierte Stellen zu kontaktieren. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, melden Sie sich am Eintrittstag zwecks Kostensicherung am Empfang.

Zusatzversicherte Privat und Halbprivat

Ohne explizite Gegenmeldung erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift damit einverstanden, die Arztwahl an das Spital Muri zu delegieren.

Kostenübernahme

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie gegenüber dem Spital Schuldner/in der von Ihnen gewünschten Leistung sind. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Tarifordnung des Spitals (einsehbar auf www.spital-muri.ch). Sie bestätigen, den Umfang Ihres Versicherungsschutzes und insbesondere auch allfällige Einschränkungen, z.B. Leistungsausschlüsse oder Ablehnung zu kennen. Das Spital hat diesbezüglich keine Abklärungspflicht. Das Spital kann bei Eintritt eine Depotzahlung verlangen, sofern zu diesem Zeitpunkt keine vollumfängliche Kostengutsprache und/oder Übernahme eines Leistungsträgers vorliegt.

Weitere durch den Leistungsträger oder die Versicherung nicht gedeckte Kosten sowie Zuschläge für Leistungen (Zimmer-Upgrade, Angebot Hotellerie, Übernachtung/Verpflegung von Begleitpersonen etc.), welche von den Leistungsträgern (Versicherungen) nicht gedeckt sind und nicht übernommen werden, verrechnet das Spital Muri dem Patienten / der Patientin oder der gesetzlichen Vertretung.

Rechnungsstellung

Pflichtleistungen werden direkt Ihrem Versicherer abgerechnet. Die in der Rechnung genannte Zahlungsfrist ist gleichzeitig die Beschwerdefrist. Mit der Unterschrift nehmen Sie zur Kenntnis, dass mit dem Ablauf der Beschwerdefrist die Rechnungsstellung rechtskräftig wird.

Datenerhebung/Forschung

Aufgrund von gesetzlichen Bestimmungen dürfen medizinische Daten zu Qualitätszwecken verwendet werden. Die Daten werden in einer Form weitergegeben, die den Bearbeitenden verunmöglicht, Rückschlüsse auf Personen zu ziehen. Sollten Sie dennoch nicht einverstanden sein, dass Ihre Daten zu Forschungszwecken weitergegeben werden, melden Sie sich am Eintrittstag beim Empfang.

Mit Ihrem Einverständnis bestätigen Sie, alle Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt und das Formular verstanden zu haben. Zudem erteilen Sie dem Spital Muri das Einverständnis zur Online-Abfrage und zum Kontakt mit den Leistungserbringern zur Beurteilung der Leistungspflicht, ob alle notwendigen medizinischen Angaben bekannt sind. Das Spital Muri ist ermächtigt, von der behandelnden Fachperson einen Bericht und Unterlagen über die aktuelle Situation einzufordern.