



GZF

Gesundheitszentrum
Fricktal

Anmeldung für Ihren stationären Aufenthalt

Eintrittsdatum: _____

Aufnahmegrund

Krankheit Mutterschaft Unfall

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Steuerkanton: _____
(falls abweichend vom Wohnort)

Konfession: _____

Seelsorgerische Betreuung während dem stationären Aufenthalt

Das kantonale Gesundheitsgesetz verlangt vom GZF die seelsorgerische Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Das heisst, auf Ersuchen der Seelsorgenden der Gemeindepfarrämter der drei anerkannten Landeskirchen ist das GZF ermächtigt, diesen Seelsorgenden Ihren Namen und Ihre Adresse bekanntzugeben. Sie haben das Recht, dieser Datenbekanntgabe zu widersprechen. In diesem Fall informieren Sie unsere Patientenaufnahme bitte schriftlich bis spätestens am Eintrittstag.

Für Personen mit Wohnsitz in einem EU-/ EFTA-Staat

Haben Sie in der Schweiz eine Krankenversicherung?

Nein

Ja (bitte Schweizer Arbeitgeber angeben):

Firma: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Für die Rechnungsstellung benötigen wir eine Kopie der Grenzgäuberbewilligung. Bitte mailen Sie uns diese an patientenaufnahme@gzf.ch. Alternativ können Sie uns gerne auch eine Kopie beilegen.

Freie Wahl Ärztin/Arzt bei Halbprivat- und Privat-Versicherungen

Mit der Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis über die Wahl Ihrer Ärztin, Ihres Arztes. Bei einem Notfalleintritt erklären Sie sich damit einverstanden, dass Sie die bestqualifizierte Ärztin, den bestqualifizierten Arzt zugeteilt bekommen. Falls Sie von Ihrem Vetorecht in Zusammenhang mit der Wahl der Fachperson Gebrauch machen wollen, weisen wir Sie darauf hin, dass dies frühzeitig angemeldet werden muss.

Kontakt

Gesundheitszentrum Fricktal AG
Riburgerstrasse 12
4310 Rheinfelden

T + 41 (0)61 835 66 55
patientenservice@gzf.ch

Gewünschte Liegeklasse für einen stationären Aufenthalt

(bei Upgrade nur, wenn die gewünschte Liegeklasse verfügbar ist)

Versicherung	Zimmerwunsch	Zuschlag
<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	–
	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	CHF 170.–/ Nacht
	<input type="checkbox"/> Familienzimmer*	CHF 350.–/ Nacht
	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	CHF 350.–/ Nacht
<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	–
	<input type="checkbox"/> Familienzimmer*	CHF 150.–/ Nacht
	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	CHF 150.–/ Nacht
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	–
	<input type="checkbox"/> Familienzimmer*	–

*Familienzimmer: nur für Wöchnerinnen
(inkl. 1 Begleitperson, bitte Formular «Begleitperson» ausfüllen)

Das GZF bietet Ihnen das Upgrade in das gewünschte Zimmer nach seinen Möglichkeiten an. Es besteht kein Anspruch auf das gewünschte Zimmer für die gesamte Dauer des Spitalaufenthaltes. Die ärztliche und pflegerische Behandlung sowie die Hotellerie-Leistungen erfolgen immer nach den von der Versicherung garantierten Leistungen.

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie gegenüber dem Spital Schuldner der von Ihnen gewünschten Leistungen sind. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Taxordnung des GZF. Sie bestätigen den Umfang Ihres Versicherungsschutzes und insbesondere auch allfällige Einschränkungen im Sinne von Leistungsausschlüssen zu kennen. Das Spital hat keine Abklärungspflicht.

Bitte beachten Sie, dass Sie allfällige Kosten für die Behandlung und das Liegen in einer höheren Versicherungsklasse, ohne Kostengutsprache Ihrer Versicherung, selber zu zahlen haben. Liegt bei Eintritt keine vollumfängliche Kostengutsprache und/oder Kostenübernahme eines Leistungsträgers vor, kann vom GZF eine Depotzahlung (in der Höhe der mutmasslich anfallenden Kosten) verlangt werden. Nicht kassenpflichtige Leistungen werden grundsätzlich nur gegen Vorauszahlung erbracht.

Weitere durch die Versicherung nicht gedeckte Kosten sowie Zuschläge für besondere Leistungen (Zimmer-Upgrade, Übernachtung und Verpflegung von Begleitpersonen etc.) müssen durch den Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter spätestens am Eintrittstag bezahlt werden.

Sie erklären mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben auf diesem Formular und bestätigen, dass Sie obige Informationen zur Kenntnis genommen haben. Sie können nachträglich nicht geltend machen, dass Sie sich geirrt haben oder den Versicherungsschutz falsch eingeschätzt hatten.

Bemerkungen: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____