

## Anmelde-/Eintrittsformular

### Persönliche Angaben

Name\*  Vorname   männl.  weibl.

Zivilstand  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  getrennt  eingetragene Partnerschaft

Lediger Name  Geburtsdatum

Adresse  PLZ/Wohnort

Steuerdomizil

Telefon  E-Mail\*\*

Nationalität  Aufenthaltsbewilligung

AHV-Nr.

\* ich bin Mitarbeiter/in der KSA-Gruppe

*\*\*Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse ermöglichen Sie, dass die allgemeine Korrespondenz ohne medizinische Daten elektronisch unverschlüsselt per E-Mail erfolgt. Medizinische Informationen (Berichte, Rezepte, Einladungen zu Terminen) werden Ihnen verschlüsselt übermittelt. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Webseite: [www.ksa.ch/datenschutzerklaerung](http://www.ksa.ch/datenschutzerklaerung)*

### Religion/Konfession (Angabe freiwillig)

reformiert  römisch-katholisch  andere   keine

Ich wünsche weder Besuch von der Seelsorge noch Auskunftserteilung über meinen Spitalaufenthalt

### Anderer Wohnsitz/Wochenaufenthalter

Wohnhaft bei c/o

Adresse

PLZ/Wohnort

Kanton/Land

Telefon  E-Mail\*\*

### 1. Kontaktperson/Bezugsperson

Ehepartner  eingetragene Partnerschaft  Eltern  Geschwister  Tochter  Sohn  andere

Name  Vorname

Adresse  PLZ/Ort

Telefon  E-Mail

### 2. Kontaktperson/Bezugsperson

Ehepartner  eingetragene Partnerschaft  Eltern  Geschwister  andere

Name  Vorname

Adresse  PLZ/Ort

Telefon  E-Mail

### Spitalbehandlung erfolgt aufgrund

Krankheit  Mutterschaft  Unfall  Gutachten für Versicherung  Geburtsgebrechen/IV  Berufskrankheit

### Wie sind Sie versichert?

allgemein Wohnkanton  allgemein ganze Schweiz  privat  halbprivat  Wahlversicherung

### Wünschen Sie ein Upgrade?\*

Upgrade Zimmerkomfort  Upgrade Klassenwechsel

Zweibettzimmer  Halbprivat

Einbettzimmer  Privat

### Wünschen Sie ein Downgrade?\*

Downgrade Klassenwechsel

Halbprivat

Allgemein

## Obligatorische Grundversicherung

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

## Zusatzversicherung (bei Krankheit und Unfall auszufüllen)

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis über die Kaderarztwahl gemäss dem Vor- bzw. Aufklärungsgespräch. Bei einem Notfalleintritt oder med. Diensten, wie z.B. Radiologie, Labor, Pathologie, erklären Sie sich mit der Behandlung durch den vom Kantonsspital Aarau bestimmten qualifizierten Kaderarzt/der Kaderärztin einverstanden. Falls Sie mit der zugeteilten Ärztin/dem zugeteilten Arzt nicht einverstanden sind, melden Sie dies umgehend Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt.

Unterschrift Patient/-in, Ehepartner/-in oder gesetzliche/r Vertreter/-in \_\_\_\_\_

## Arbeitgeber (nur bei einem Unfall auszufüllen)

Name \_\_\_\_\_

Zuständigkeit (Name oder Abteilung) \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Unfallversicherung (nur bei einem Unfall auszufüllen)

Name der Versicherung \_\_\_\_\_ Police-Nummer \_\_\_\_\_

Unfall-Nummer \_\_\_\_\_ Unfallort \_\_\_\_\_

Unfalldatum \_\_\_\_\_

## Name/Adresse Ihres Hausarztes

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Name/Adresse des einweisenden Arztes/Spitals

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Eintrittsinformationen/Kostensicherung

- Die Kantonsspital Aarau AG ist verpflichtet, bei Ihrer Aufnahme die Personaldaten zu überprüfen. Dazu benötigen wir: eine gültige Identitätskarte, den Reisepass oder einen gleichwertigen Ausweis,
- die Versichertenkarte des Leistungsträgers (Kranken- oder Unfallversicherung, IV etc.),
- dieses ausgefüllte und unterschriebene Anmelde-/Eintrittsformular.

Für die Sicherstellung der Kostenübernahme benötigen wir eine vollumfängliche Kostengutsprache Ihrer Versicherung. Diese wird durch uns direkt bei Ihrer Versicherung beantragt. **Bei fehlender oder abgelehnter Kostengutsprache seitens Versicherung ist eine Depotzahlung geschuldet.**

Depotzahlung in der Höhe von CHF \_\_\_\_\_ geleistet

Der/die Patient/Patientin erklärt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt das Spital zur Online-Abfrage und Weitergabe der zur Kostensicherung notwendigen Daten an alle beteiligten Stellen.

\*Haben Sie sich für einen Aufenthalt oder eine Behandlung entschieden, welche nicht Ihrer Versicherungsdeckung entspricht oder für die keine entsprechende Kostengutsprache vorliegt, gehen diese Kosten zu Ihren Lasten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, diese Mehrkosten zu übernehmen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/-in, Ehepartner/-in oder gesetzliche/r Vertreter/-in: \_\_\_\_\_