



## Anmeldeformular für Patienten

### Aufnahmegrund

- Krankheit       Unfall       Mutterschaft  
 ästhetische/nicht kassenpflichtige Behandlung

### Personalien

- männlich       weiblich

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon 1: \_\_\_\_\_

Telefon 2: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Heimatort (CH): \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

### Hausarzt (wird über Ihren Aufenthalt informiert)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

- Ich habe keinen Hausarzt.

### Einweisender Arzt (wird über Ihren Aufenthalt informiert)

- Einweisender Arzt ist der Hausarzt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

- Ich habe keinen einweisenden Arzt

### Obligatorische Krankenversicherung

Name, Ort: \_\_\_\_\_

Versichertenkarten-Nummer (nur für Schweizer Versicherungen)

8 0 7 5 6 \_\_\_\_\_

oder Versicherten-Nummer: \_\_\_\_\_

### Zusatzversicherung Krankheit

- Allgemein, ganze Schweiz       Halbprivat       Privat

Name, Ort: \_\_\_\_\_

Versichertenkarten-Nummer (nur für Schweizer Versicherungen)

8 0 7 5 6 \_\_\_\_\_

oder Versicherten-Nummer: \_\_\_\_\_

### Unfallversicherung (nur bei Unfall auszufüllen)

Name, Ort: \_\_\_\_\_

Unfalldatum: \_\_\_\_\_

Schadenummer: \_\_\_\_\_

### Zusatzversicherung Unfall

- Halbprivat       Privat

Name, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherten- oder Schadennummer: \_\_\_\_\_

### Arbeitgeber (bei Unfall zwingend auszufüllen)

Der Arbeitgeber darf vom GZF zur Abklärung der Versicherungsdeckung kontaktiert werden.

Firma: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

- Ich bin im Rahmen meiner obligatorischen Krankenversicherung gegen Unfälle versichert (Schüler, Hausfrauen, Rentner, Selbstständigerwerbende etc.)

- Ich beziehe Arbeitslosenentschädigung und bin damit bei der SUVA unfallversichert

### Kontakt

Gesundheitszentrum Fricktal AG  
Riburgerstrasse 12  
4310 Rheinfelden

T + 41 (0)61 835 62 97  
[patientenaufnahme@gzf.ch](mailto:patientenaufnahme@gzf.ch)

## Kontaktpersonen

(dürfen vom Spital über Ihre Behandlung informiert werden)

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon 1: \_\_\_\_\_

Telefon 2: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon 1: \_\_\_\_\_

Telefon 2: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Bestimmungen

### Auskunft an Dritte

Das GZF ist verpflichtet, Ihre Personen- und Falldaten unter Einhaltung der jeweiligen gesetzlichen Auflagen zu bearbeiten und an Dritte weiter zu geben (z. B. an das Bundesamt für Statistik oder an die Versicherer zur Beurteilung der Leistungspflicht). Bei Pflichtleistungen (nach KVG Art. 25–31, 32–34, 35–41) werden die medizinischen Daten (Diagnosen und Prozeduren) zusammen mit der Rechnung automatisch an die zertifizierte Datenannahmestelle Ihrer Versicherung übermittelt. Sie haben die Möglichkeit, die Übermittlung dieser medizinischen Daten an den Vertrauensarzt Ihres Versicherers zu verlangen. In diesem Fall informieren Sie unsere Patientenadministration bitte schriftlich spätestens am Eintrittstag.

Des Weiteren erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihr Hausarzt, der zuweisende Arzt und gegebenenfalls weitere in Ihre Behandlung einbezogene Personen über Ihre aktuelle Behandlung informiert werden. Sie sind verpflichtet, Ihre richtige Wohnadresse (an welcher Sie gemeldet sind) anzugeben und einen allfälligen Adresswechsel dem Spital ohne Verzug bekannt zu geben. Nötigenfalls ist das Spital ermächtigt, Auskünfte bei Behörden einzuholen.

### Kostenübernahme

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. 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 (Eintrittstransport, Zimmer-Upgrade, Übernachtung und Verpflegung von Begleitpersonen etc.) müssen durch den Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter spätestens am Austrittstag bezahlt werden.

## Rechnungsstellung

Pflichtleistungen werden direkt mit Ihrem Versicherer (Tiers payant) abgerechnet. Sie sind mit der damit verbundenen elektronischen und gesicherten Deckungs- bzw. Online-Abfrage im Versichertenkarten-Center aller Krankenversicherer einverstanden. Eine Rechnungskopie bewahren wir für Sie auf und wird Ihnen auf Anfrage zugestellt. Für einen versäumten Sprechstundentermin, der nicht spätestens 24 Stunden vorher abgemeldet wurde, stellen wir Ihnen CHF 50.– in Rechnung. Die in der Rechnung genannte Zahlungsfrist ist gleichzeitig die Beschwerdefrist. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars nehmen Sie davon Kenntnis, dass mit Ablauf der Beschwerdefrist die Rechnung rechtskräftig ist. Auf sämtlichen aus oder im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis zwischen dem GZF und dem Patienten entstehenden Streitigkeiten ist Schweizer Recht anwendbar. Ausschliesslicher Gerichtsstand ist das Bezirksgericht Rheinfelden.

## Wertgegenstände

Wir empfehlen Ihnen, Wertsachen wie Schmuck, Kreditkarten, grössere Bargeldbeträge und persönliche Gegenstände wie Mobiltelefon, Musik-/TV-Geräte, Laptops etc. möglichst zu Hause zu lassen und Zahnprothesen, Hörgeräte und Brillen in Ihren speziell dafür vorgesehenen Behältern aufzubewahren. Das GZF haftet weder für Verlust, Diebstahl noch für Beschädigung von Wertsachen und persönlichen Gegenständen.

## Bemerkungen

---

---

---

---

---

Sie erklären mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben auf dem Anmeldeformular 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 hätten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Kontakt

Gesundheitszentrum Fricktal AG  
Zentrale Patientenaufnahme  
Riburgerstrasse 12  
4310 Rheinfelden

T + 41 (0)61 835 62 97  
[patientenaufnahme@gzf.ch](mailto:patientenaufnahme@gzf.ch)