



GZF

Gesundheitszentrum
Fricktal

Anmeldeformular für Patienten

→ Bitte geben Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück (per E-Mail, Post oder persönlich).

Aufnahmegrund

- ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Mutterschaft
☐ ästhetische/nicht kassenpflichtige Behandlung

Personalien

- ☐ männlich ☐ weiblich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Mobil: _____

Telefon Festnetz: _____

E-Mail: _____

Heimatort (CH): _____

Nationalität: _____

Zivilstand: _____

Einwilligung zur Verwendung Ihrer Kontaktdaten für GZF-Befragungen

Ihre Meinung zählt und hilft uns, unsere Qualität fortlaufend zu verbessern. Zu diesem Zweck erhalten Sie nach Ihrem Aufenthalt per unverschlüsselter E-Mail oder SMS einen Einladungslink zu einer freiwilligen und anonymen Befragung.

Bitte geben Sie an, ob wir Ihre Kontaktdaten (E-Mail-Adresse, Mobile Nummer) verwenden dürfen. Ihre Zustimmung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

- ☐ Meine Kontaktdaten **dürfen** für Befragungszwecke verwendet werden.
☐ Meine Kontaktdaten **dürfen nicht** für Befragungszwecke verwendet werden.

Hausärztin, Hausarzt (wird über Ihren Aufenthalt informiert)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

- ☐ Ich habe keinen keine Hausärztin, Hausarzt.

Einweisung durch: (wird über Ihren Aufenthalt informiert)

- ☐ Selbst/Angehörige
☐ Hausärztin, Hausarzt (wird über Ihren Aufenthalt informiert)
☐ anderer Arzt/andere Ärztin (wird über Ihren Aufenthalt informiert)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Obligatorische Krankenversicherung

(in jedem Fall zwingend auszufüllen)

Name, Ort: _____

Versichertenkarten-Nummer (nur für Schweizer Versicherungen)

8 0 7 5 6 |

Versicherten-Nummer: _____

Zusatzversicherung Krankheit

- ☐ Allgemein, ganze Schweiz ☐ Halbprivat ☐ Privat

Name, Ort: _____

Versichertenkarten-Nummer (nur für Schweizer Versicherungen)

8 0 7 5 6 |

Versicherten-Nummer: _____

Unfallversicherung (nur bei Unfall auszufüllen)

Name, Ort: _____

Unfalldatum: _____

Schadennummer: _____

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
Zentrale Patientenaufnahme
Riburgerstrasse 12
4310 Rheinfelden

T + 41 (0)61 835 62 97
patientenaufnahme@gzf.ch

Kontaktperson 1

(Kontaktpersonen dürfen vom Spital über ihre Behandlung informiert werden.)

Verwandtschaftsgrad: _____

Name, Vorname: _____

Handy: _____

Festnetz: _____

Bemerkung: _____

Kontaktperson 2

Verwandtschaftsgrad: _____

Name, Vorname: _____

Handy: _____

Festnetz: _____

Bemerkung: _____

☐ Ich habe keine Kontaktperson, die ich angeben möchte.

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

Kontakt

Gesundheitszentrum Fricktal AG
Zentrale Patientenaufnahme
Riburgerstrasse 12
4310 Rheinfelden

T + 41 (0)61 835 62 97
patientenaufnahme@gzf.ch

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. Mit der Angabe von einer CH-Mobiltelefonnummer und einer gültigen E-Mail Adresse steht Ihnen Ihre Rechnungskopie 30 Tage zur Ansicht und zum Download zur Verfügung. Für einen versäumten Sprechstundentermin, der nicht spätestens 24 Stunden vorher abgemeldet wurde, stellen wir Ihnen CHF 100.– 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.

Daten für Forschung

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen dürfen medizinische Daten zu Qualitätszwecken verwendet werden. Die Daten werden in einer Form weitergegeben, die es den Bearbeitenden verunmöglicht, Rückschlüsse auf Personen zu ziehen. Sollten Sie dennoch nicht einverstanden sein, dass Ihre Daten zu Forschungszwecken weitergegeben werden, können Sie dies an datenschutz@gzf.ch mitteilen.

Ihre Kontaktdaten werden für Umfragezwecke zur Qualitätssicherung an Swissnoso übermittelt, gegebenenfalls werden Sie von Swissnoso direkt kontaktiert. Bei Fragen oder Anliegen dürfen Sie sich gerne an datenschutz@gzf.ch wenden.

Datenbearbeitung

Im GZF kann eine KI-gestützte Dokumentationslösung (sog. Ambient Scribes) zum Einsatz kommen. Diese Technologie erfasst das gesprochene Wort während der Konsultation, erstellt daraus eine Transkription und generiert einen Entwurf der medizinischen Dokumentation. Dies ermöglicht es der behandelnden Fachperson, sich voll auf Sie und Ihr Anliegen zu konzentrieren, anstatt während des Gesprächs Notizen erfassen zu müssen. Der Entwurf wird stets von der behandelnden Fachperson geprüft und bei Bedarf angepasst, bevor er in Ihre Krankenakte übernommen wird. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verwendung der genannten Dokumentationslösung einverstanden. Sollten Sie mit der Verwendung nicht einverstanden sein oder Fragen dazu haben, wenden Sie sich bitte an datenschutz@gzf.ch.

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: _____