

Anmeldeformular zur ambulanten Herz-Rehabilitation

Personalien

männlich weiblich

Vorname

Name

Lediger Name

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

Bürgerort/Nationalität

Telefon/Natel

E-Mail

Steuerlicher Wohnsitz

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Kanton

Angaben zu Ihrer Versicherung

Allgemein Wohnkanton Halbprivat

Allgemein ganze Schweiz Privat

Wunscheingriff/Selbstzahler

Krankenkasse

Name Grundversicherung

Versicherungskarten-Nr.

Name Zusatzversicherung

Versicherungskarten-Nr.

Hausarzt

Name

PLZ/Ort

kein Hausarzt

Einweisender Arzt

Name

PLZ/Ort

Kardiale Diagnose

Weitere Diagnosen

Risikofaktoren

Nikotin Diabetes
 Dyslipidämie Familiäre Belastung
 Hypertonie Andere:

Medikamente

Körpermasse

Gewicht kg: BMI:

Grösse cm:

Belastungs-EKG (wenn möglich)

Datum: Ischämiezeichen Ja Nein

Watt: Rhythmusstörungen Ja Nein

Max.-HF:

Ruhe-HF:

Max.-BD:

Opt. Trainingsbereich HF:

Labor

Gesamt Cholesterin: HDL:

LDL: TG:

BZ/HbA1c:

Weitere Bemerkungen

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift

Bitte Formular senden an:

Spital Lachen
Oberdorfstr. 41
8853 Lachen
Telefon 055 451 32 26
tagesklinik.sek@spital-lachen.ch

Rückseite beachten

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der auf der Seite 1 gemachten Angaben.

Ich verstehe, dass nicht durch Krankenkasse/Unfallversicherung gedeckte Kosten durch den Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter bezahlt werden müssen. Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Spital Lachen AG. Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass:

1. der einweisende Arzt, der Hausarzt, allfällig weitere beteiligte Ärzte sowie involvierte Versicherungen meine Personalien und medizinischen Daten erhalten, wobei ich beim Spital Lachen ausdrücklich die Weitergabe der medizinischen Angaben an den Vertrauensarzt der Versicherung verlangen kann;
2. die an meiner medizinischen Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen und deren medizinische Hilfspersonen innerhalb des Spitals Lachen und dessen Partner auf meine Krankenakten zugreifen können,
3. das Spital Lachen Daten von der Versichertenkarte direkt oder von den durch die Versicherungen angebotenen Datenbanken abfragen und speichern kann;
4. sensitive Daten bei der E-Mail-Übertragung unter Umständen abgefangen und missbraucht werden können. Bitte beachten Sie, dass das Spital Lachen für die sichere Übertragung von E-Mails keine Gewähr übernehmen kann. Ohne anderslautende Instruktionen beziehungsweise mit Angabe der E-Mail-Adresse durch den Patienten ist das Spital Lachen berechtigt, mit dem unterzeichnenden Patienten unverschlüsselt per E-Mail zu kommunizieren;

5. das Spital Lachen offene Forderungen an ein externes Inkassobüro weitergeben kann und dazu die dafür notwendigen Daten an dieses weitergibt;
6. das Spital Lachen keine Verantwortung und Haftung für mitgebrachte Effekten, Wertgegenstände und Geld übernimmt.

Ort und Datum

Rechtsgültige Unterschrift

- Gerichtsstand ist der Sitz der Spital Lachen AG.
- Patienten mit Wunsch nach Zusatzleistungen (zum Beispiel Halbprivat- oder Privatabteilung, höhere Zimmerkategorie etc.) bitten wir, zusätzlich das entsprechende Formular auszufüllen.
- Rechnungskopien können beim Spital bestellt werden.