



Personalienblatt Patient / Patientin

Stationäre Aufnahme

1. Personalien und allgemeine Angaben

Familienname:	Vorname:
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:
Steuerort / gesetzlicher Wohnsitz:	Telefonnummer:
Geburtsdatum:	Heimatort (Kanton/ Land):
Konfession:	Zivilstand:
AHV-Nr.:	Zuletzt ausgeübter Beruf:
756.	

2. Zuständige Kontaktperson

Sie sind unsere Ansprechperson für alle Anliegen (Gesundheit, Organisatorisches etc.)

Familienname:	Vorname:		
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:		
Festnetznummer:	E-Mail:		
Handynummer:			
Art des Bezugsverhältnisses:			
Kontaktieren bei:	<input type="checkbox"/> Verschlechterung	<input type="checkbox"/> am Tag	<input type="checkbox"/> in der Nacht
	<input type="checkbox"/> Todesfall	<input type="checkbox"/> am Tag	<input type="checkbox"/> in der Nacht

3. Weitere Angehörige und Bezugspersonen

1.) Familienname:	Vorname:		
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:		
Festnetznummer:	E-Mail:		
Handynummer:			
Art des Bezugsverhältnisses:			
Kontaktieren bei:	<input type="checkbox"/> Verschlechterung	<input type="checkbox"/> am Tag	<input type="checkbox"/> in der Nacht
	<input type="checkbox"/> Todesfall	<input type="checkbox"/> am Tag	<input type="checkbox"/> in der Nacht

2.) Familienname:		Vorname:	
Strasse / Nr.:		PLZ / Wohnort:	
Festnetznummer:		E-Mail:	
Handynummer:			
Art des Bezugsverhältnisses:			
Kontaktieren bei:	<input type="checkbox"/> Verschlechterung	<input type="checkbox"/> am Tag	<input type="checkbox"/> in der Nacht
	<input type="checkbox"/> Todesfall	<input type="checkbox"/> am Tag	<input type="checkbox"/> in der Nacht

4. Hausarzt

Name:	Telefonnr.:
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:

5. Versicherungen

Name der Krankenkasse (KVG):	Sektion / Ort und PLZ:
Versicherungsnummer:	Ablaufdatum der Krankenkassenkarte:
Kartennummer: (Bitte Kopie beilegen Vor- und Rückseite)	

Verfügen Sie über eine **Zusatzversicherung** für alternative Behandlungsmethoden

Ja Nein

Wenn ja, bitte ausfüllen:

Name der Zusatzversicherung	Versicherungsnummer	Kartennr. und Ablaufdatum

Verfügen Sie über eine:

<input type="checkbox"/> AHV	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> EL (Ergänzungsleistung) (Bitte Kopie vom EL-Berechnungsblatt beilegen)	<input type="checkbox"/> HL (Hilflosenentschädigung)
------------------------------	-----------------------------	--	--

6. Rechnungsadresse

Rechnung geht an Adresse des Patienten (siehe 1. Personalien)

Anderer Rechnungsempfänger, bitte Adresse nachfolgend angeben:

Art des Beziehungsverhältnis:

Familienname:	Vorname:
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:
Festnetznummer:	E-Mail:
Handynummer:	

7. Bankverbindung

Name der Bank:	PLZ / Ort:
Name des Kontoinhabers:	PLZ / Ort:
IBAN Nr.:	

8. Allgemeine Angaben

Patientenverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie beilegen)	Vorsorgeauftrag vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie beilegen)
Mitglied bei einer Freitodorganisation? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bei welcher Organisation?
Mitglied Gönnerverein Hospize Schweiz? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bitte Kopie vom Mitgliederausweis beilegen

9. Informationen und Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- die Angaben in diesem Formular korrekt sind und Ihren Wünschen entsprechen
- Sie wissen, dass dieses Dokument Bestandteil des Bereuungsvertrages ist und Sie die Regelungen zum Datenschutz im Betreuungsvertrag akzeptieren.

Luzern, den

Patient/in:

oder

bevollmächtigte Person: