

Inscription pour les patients ambulatoires et stationnaires

Veuillez remplir le formulaire et le renvoyer ou l'apporter avec vous.



Copie de la facture souhaitée?	Oui	Non
Accès au dossier électronique du patient enregistré?	Oui	Non

Données personnelles	
Masculin	Féminin
Nom	
Prénom	
Nom de célibataire	
Date de naissance (jour/mois/année)	
Numéro AVS	
Lieu d'origine / Nationalité	
Téléphone	
E-mail ¹	

Données d'adresse	
Rue, n°	
NPA et localité	
Canton	

Domicile fiscal	
Rue, n°	
NPA et localité	
Canton	

État civil	
Célibataire	Divorcé/-e
Marié/-e	Séparé/-e
Veuf/veuve	Partenariat enregistré

Confession	
Église catholique romaine	Sans confession
Église évangélique réformée	Église orthodoxe
Islam	Pas d'indication
Autre	

Personne de contact 1	
Prénom et nom	
Date de naissance (jour/mois/année)	
Rue, n°	
NPA et localité	
Téléphone	
Lien de parenté	

Personne de contact 2	
Prénom et nom	
Date de naissance (jour/mois/année)	
Rue, n°	
NPA et localité	
Téléphone	
Lien de parenté	

Existe-t-il une curatelle?	
Oui	Non
Laquelle?	

S'il existe une procuration écrite en tant que mandataire ou représentant légal, le mandataire doit fournir une copie de cette procuration.

Raison de l'admission à l'hôpital	
Maladie	Maternité
Accident	Prévoyance

Médecin de famille	
Nom	
NPA et localité	
Pas de médecin de famille	

Caisse-maladie	
Nom Assurance de base (AOS)	
N° de carte d'assurance	
Nom de l'assurance complémentaire (LCA)	
N° de carte d'assurance	

Assurance-accidents (à remplir uniquement en cas d'accident)	
Nom Assurance de base	
Nom Assurance complémentaire	
Numéro de sinistre	
Date de l'accident	

Classe de patients assurés ²	
Général, canton de domicile	Demi-privé
Général, dans toute la	Patient privé
Intervention sur demande	Exclusion existante?
	Oui Non

Quelle exclusion?

Traitement stationnaire souhaité ²	
Général	Chambre familiale (en cas d'accouchement)*
Demi-privé	Surclassement demi-privé*
Privé	Surclassement privé*
	*payant

Libre choix du médecin?	
Oui	médecin
Non	délégation à l'hôpital

Employeur (à remplir uniquement en cas d'accident)	
Société	
NPA et localité	
Indépendant	Éève ou Etudiant/-e
Femme au foyer ou homme au foyer	Retraité/-e
Sans emploi	Sans emploi (inscription à l'ORP)
Employé/-e < 8 heures/semaine	Employé/-e > 8 heures/semaine

¹ En indiquant mon adresse e-mail, j'accepte que l'hôpital communique avec moi par e-mail non crypté.

² Je m'engage à assumer moi-même tous les frais qui ne sont pas pris en charge par les assurances ou par des tiers.

Je prends également connaissance du fait que Spital Lachen AG n'assume aucune responsabilité pour les effets personnels apportés (objets personnels), les objets de valeur ainsi que l'argent liquide et les cartes de crédit.

Date	Signature
------	-----------