

Formulaire d'entrée pour les patients

Type d'hospitalisation

- Ambulatoire
 Stationnaire
 Hôpital de jour ambulatoire (semi-stationnaire)

CONVOCACTION PAR QUELLE CLINIQUE

DATE D'ADMISSION/DE TRAITEMENT

HEURE D'ADMISSION/DE TRAITEMENT

Informations générales

Données personnelles

NUMERO DE SECURITE SOCIALE/AVS

NUMERO DE CARTE D'ASSURE

NOM

PRENOM

NOM DE NAISSANCE

DATE DE NAISSANCE

SEXE Féminin Masculin

VILLE D'ORIGINE/CANTON

PROFESSION

LANGUE

NATIONALITE

PERMIS DE SEJOUR

RELIGION/CONFESSION Protestante Catholique romaine Autre:ETAT CIVIL Célibataire Marié(e) Partenaire enregistré Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

Résidence fiscale/adresse résidentielle

RUE/NUMERO

NPA/LIEU

CANTON/PAYS

TELEPHONE

MOBILE

E-MAIL

Autre résidence/personne séjournant hors de son lieu de domicile

DOMICILIE(E) C/O

RUE/NUMERO

NPA/LIEU

CANTON/PAYS

TELEPHONE

MOBILE

E-MAIL

Employeur

NOM

TELEPHONE/MOBILE

RUE/NUMERO

NPA/LIEU

CANTON/PAYS

Personne de référence

 Conjoint
 Partenaire enregistré
 Parents/parent seul
 Frère ou sœur
 Autre:

NOM

PRENOM

TELEPHONE/MOBILE

RUE/NUMERO

NPA/LIEU

CANTON/PAYS

Collecte d'informations auprès de médecins et du personnel soignant ayant traité le patient au préalable

Le patient/la patiente donne son accord pour que l'USZ collecte les informations médicales nécessaires à la réalisation du traitement auprès des médecins et du personnel soignant ayant traité le patient au préalable et libère ceux-ci de leur obligation de secret professionnel dans cette mesure.

 Oui Non


NOM PRENOM

Admission à l'hôpital en raison de

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Maternité |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Expertise pour l'assurance |
| <input type="checkbox"/> Infirmité congénitale | <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle |

Informations sur votre assurance

Couverture d'assurance

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Générale dans le canton du domicile | <input type="checkbox"/> Patient payant lui-même |
| <input type="checkbox"/> Générale dans toute la Suisse | |
| <input type="checkbox"/> Semi-privée | |
| <input type="checkbox"/> Privée | |

DIVISION SOUHAITEE

- Commune
 Semi-privée
 Privée

Assurance de base

NOM DE L'ORGANISME/LIEU

Assurance complémentaire

NOM DE L'ORGANISME/LIEU NUMERO DE POLICE

EXCLUSIONS

Assurance accidents/invalidité/militaire

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assurance accidents | <input type="checkbox"/> Assurance militaire |
| <input type="checkbox"/> Assurance invalidité | |

NOM DE L'ORGANISME/LIEU NUMERO DE POLICE

NUMERO D'ACCIDENT NUMERO DE L'ENTREPRISE

LIEU DE L'ACCIDENT DATE DE L'ACCIDENT

NUMERO DE LA DECISION AI

Nom/adresse du médecin de famille

NOM TELEPHONE/MOBILE

RUE/NUMERO NPA/LIEU

Nom/adresse du médecin ayant établi la demande d'admission

NOM TELEPHONE/MOBILE

RUE/NUMERO NPA/LIEU

Avez-vous déjà été traité à l'hôpital universitaire de Zurich auparavant?

- Non Oui, quelle clinique?

Adresse de facturation différente

NOM PRENOM

RUE/NUMERO NPA/LIEU

Informations sur l'admission

Selon le régime tarifaire de l'hôpital universitaire de Zurich «Taxordnung des UniversitätsSpitals Zürich vom 25.3.2009» en date du 25/03/2009, § 24, l'USZ est tenu de vérifier vos données personnelles lors de votre enregistrement.

Pour cela, nous avons besoin de:

- Une carte d'identité valable, un passeport ou une attestation de domicile disponible auprès des autorités locales du contrôle des habitants. Les non-Suisses peuvent également présenter leur permis de séjour.
- La carte d'assuré de l'organisme de financement (assurance maladie, assurance-accidents, assurance invalidité, etc.).
- La lettre de convocation de la clinique ou les documents d'hospitalisation établis par votre médecin traitant.
- Ce formulaire d'entrée, rempli et signé.

Prise en charge des coûts

Le patient/la patiente prend note du fait qu'il/elle est débiteur envers l'UFZ pour le traitement souhaité. Il/elle confirme connaître l'étendue de sa protection d'assurance, l'UFZ n'a pas d'obligation de clarification. Si, par obligeance, l'UFZ se charge d'une clarification et si l'ensemble des frais ne devaient pas faire l'objet d'une garantie de paiement/prise en charge par un organisme de financement (assurance/canton), les frais seront facturés au patient/à la patiente. Le patient/la patiente ne peut pas faire valoir a posteriori qu'il/elle s'était trompé(e) ou avait mal estimé la couverture d'assurance. L'USZ peut, en cas d'absence de garantie de paiement des coûts, lui demander de faire un dépôt à hauteur du montant estimé des frais de traitement.

Par sa signature, le/la patient(e) confirme l'exactitude des informations données. De plus, il/elle donne son accord pour la transmission aux organismes impliqués (par ex. la caisse d'assurance-maladie, les services sociaux) de toutes les données nécessaires à assurer le paiement des frais et, le cas échéant, la vérification d'identité. La transmission des données est effectuée conformément aux règlements de protection des données.

Recherche

Je donne mon accord à ce que mes données médicales soient utilisées pour des projets futurs de recherche et d'enseignement. En cas de transmission des données à des tiers, mon anonymat sera assuré dans tous les cas. Je peux révoquer mon consentement en tout temps.

- Oui Non

Lieu

Date

Signature du patient
ou de son représentant légal

UniversitätsSpital Zürich
Direction des finances
Rämistrasse 100
8091 Zurich
Téléphone: +41 (0)44 255 11 11
www.usz.ch