

Stammblatt / Fiche individuelle



Berner Klinik Montana
Patientenanmeldung/Admissions
Palace Bellevue 1
3963 Crans-Montana

Tel. Nr. 027 485 52 88
Fax. Nr. 027 485 52 95
(HIN secured) admissions@bernerklinik.ch
www.bernerklinik.ch

Das vollständig ausgefüllte Formular muss spätestens 3 Tage vor Ihrem Eintritt bei uns eingetroffen sein
Le formulaire entièrement complété doit nous parvenir au plus tard 3 jours avant votre admission
Il modulo debitamente compilato deve pervenirci al pui tardi 3 giorni prima della sua entrata

Daten für administrative Aufnahme / Questionnaire admission patients / Questionario ammissione pazienti

Name _____ Vorname _____ Geschlecht m w
Nom _____ Prénom _____ Sexe m f
Cognome _____ Nome _____ Sesso m f

Strasse _____ PLZ/Ort _____ Kanton _____
Rue _____ NPA/Lieu _____ Canton _____
Via _____ NPA/Luogo _____ Cantone _____

Land _____ Sprache _____ Geburtsdatum _____
Pays _____ Langue maternelle _____ Date de naissance _____
Paese _____ Lingua Materna _____ Data di nascita _____

Nationalität _____ Religion _____
Nationalité _____ Religion _____
Nazionalità _____ Religione _____

Ich wünsche den Besuch eines Seelsorgers während meines Aufenthaltes Ja Nein
Je souhaite la visite d'un aumônier durant mon séjour Oui Non
Voglio la visita da un cappellano durante il mio soggiorno Si No

Telefon privat _____ Mobile _____ E-Mail Adresse _____
Tél. privé _____ Natel _____ Adresse e-mail _____
Tel. privato _____ indirizzo e-mail _____

Zivilstand _____ Steuerdomizil _____
Etat civil _____ Domicile fiscal _____
Stato civile _____ Documenti depositati a (comune) _____

Hausarzt _____
Méd. de famille _____
Medico di famiglia _____

Adresse _____ Telefonnummer _____
Adresse _____ No de telephone _____
Indirizzo _____ No di telefono _____

Ich bin einverstanden, nach meinem Aufenthalt an einer telefonischen Zufriedenheitsumfrage teilzunehmen Ja Nein
J'accepte d'être contacté téléphoniquement après mon séjour pour une enquête de satisfaction Oui Non
Accetto di essere contattato telefonicamente dopo aver soggiornato per un sondaggio sulla soddisfazione Si No

Angaben zur Versicherung / Données relatives à l'assurance / Dati relativi all'assicurazione

Name **Grundversicherung** _____ Versichertenkarten-Nr. _____
Nom **Assurance de base** _____ No de carte d'assuré _____
Nome **Assicurazione di base** _____ No carta di assicurazione **80756** _____

Name **Zusatzversicherung** _____ AHV Nr. _____
Nom **Assurance complémentaire** _____ No AVS _____
Nome **Assicurazione complementare** _____ AVS Nr. **756** _____

allgemein halbprivat privat ganze Schweiz nur Wohnkanton
 chambre commune semi-privée privée toute la Suisse seulement canton de domicile
 generale semi-privato privato tutta la Svizzera solo Cantone di domicilio

Angaben Angehörige / Membre de la famille - adresse de contact / Parenti - persone da contattare

Name _____ Vorname _____
Nom _____ Prénom _____
Cognome _____ Nome _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____
Rue _____ NPA/Lieu _____
Via _____ NPA/Luogo _____

Telefon privat _____ Mobile _____
Tél. privé _____ Natel _____
Tel. privato _____

Beziehung zur Patientin / zum Patient _____
Relation avec le patient _____
Relazione con il paziente _____