

## Stamtblatt / 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  Non

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 \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_