

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt

Anmeldung für Klinik / Poliklinik _____

Das vollständig ausgefüllte Formular muss spätestens drei Tage vor Ihrem Eintrittstermin bei uns eingegangen sein. Unvollständige Angaben oder Unklarheiten werden bei Ihrem Eintritt an der Patientenaufnahme noch bearbeitet. Besten Dank für Ihr Verständnis.

Eintrittsdatum / Zeit _____ ambulant stationär teilstationär

Name _____ Vorname _____

Ledigname _____ Geburtsdatum _____

Strasse _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort * _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäft _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Zivilstand ledig verheiratet geschieden getrennt verwitwet

Konfession/ evang./reformiert katholisch islamisch jüdisch christl. orthodox

Religion hinduistisch Zeug. Jehovas keine andere wünsche keinen Eintrag

Kontaktperson mit Adresse _____

Ehepartner/in Eltern Lebenspartner/in Bruder/Schwester Tochter/Sohn Sonstige

Einweisende Stelle/Arzt _____

Hausarzt _____

Krankenversicherung Grundversicherung _____

_____ Mitglieder-Nr. _____

Krankenversicherung Zusatzversicherung _____

_____ Mitglieder-Nr. _____

Unfallversicherung, nur bei Unfall _____

Unfalldatum: _____ Schaden-Nr. _____

Invalidenversicherung, Geschäftsstelle: _____

Geburtsgebrechen: _____ Verfügungsnummer: _____

Versicherungsdeckung Allgemein Halbprivat Privat

Wohnkanton Ganze Schweiz

Spitalaufnahme infolge Krankheit Unfall Mutterschaft

Geburtsgebrechen Andere _____

*** Beim Wohnort muss der Ort angegeben werden, bei dem Sie angemeldet sind beziehungsweise Ihre Schriften hinterlegt haben**

Bitte einsenden an: Inselspital Bern, Patientenaufnahme BHH, 3010 Bern