

# Personalienblatt

- Bitte senden Sie den Fragebogen mit beiliegendem Antwortcouvert zurück.
- Falls Sie in diesem Kalenderjahr bereits im Kantonsspital St.Gallen in Behandlung waren, müssen nur die mit einem \* markierten Felder ausgefüllt werden.

**Einweisung\***      Stationär      Ambulant      St.Gallen      Rorschach      Flawil

Eintrittsdatum/Zeit:\* \_\_\_\_\_ Klinik:\* \_\_\_\_\_

Eintrittsgrund      Krankheit      Unfall      Schwangerschaft

Behandlungsgrund:\* \_\_\_\_\_

**Patientenname\*** \_\_\_\_\_ Geschlecht      männlich      weiblich

Vorname\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Telefon Privat \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer (AHV-Nr)\* \_\_\_\_\_ Telefon Arbeit \_\_\_\_\_

Strasse/Hausnr. \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Steuergemeinde \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Heimatort \_\_\_\_\_

Datenweitergabe an Ortsseelsorge einverstanden

**Kontaktperson**      Ehepartner/in      Lebenspartner/in      Geschwister      Eltern      Kind      Bekannte/r      andere

(Bitte vollständigen Namen, Adresse und Telefonnummer)

**Arbeitgeber**      Nur bei Unfall anzugeben      Unfalldatum: \_\_\_\_\_

(Bitte vollständigen Namen und Adresse)

**Zuweiser\***      Arzt      Rettungsdienst      Patient      Spital

(Bitte vollständigen Namen und Adresse)

**Hausarzt\*** \_\_\_\_\_

(Bitte vollständigen Namen und Adresse)

**Versicherung\***      Name der Versicherung/PLZ/Ort      **Versicherten- und Kartenummer**

Grundversicherung \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Unfallversicherung \_\_\_\_\_

**Deckung**      Privat      Halbprivat      Allgemein Wohnkanton      Allgemein ganze Schweiz

**Bitte unterzeichnen Sie das Formular auf der Rückseite.**



Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der auf der Seite 1 gemachten Angaben und verpflichte mich, alle nicht durch Versicherungen getragene Kosten selber zu übernehmen.

**Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass:**

- der einweisende Arzt, der Hausarzt, allfällig weitere beteiligte Ärzte sowie involvierte Versicherungen meine Personalien und medizinischen Daten erhalten, wobei ich beim Spital ausdrücklich die Weitergabe der medizinischen Angaben an den Vertrauensarzt der Versicherung verlangen kann.
- die an meiner medizinischen Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen und deren medizinische Hilfspersonen innerhalb der vier Spitalverbunde des Kantons St. Gallen und der Geriatrischen Klinik St. Gallen auf meine Krankenakten zugreifen können. Diese Einwilligung umfasst auch Akten des Zentrums für Labormedizin.
- das Spital offene Forderungen an ein externes Inkassobüro weitergeben kann und dazu die dafür notwendigen Daten an dieses weitergibt.
- das Spital keine Verantwortung und Haftung für mitgebrachte Effekten, Wertgegenstände und Geld übernimmt.
- sensitive Daten bei der E-Mail-Übertragung und/oder der Kommunikation per Mobiltelefon und/oder SMS unter Umständen abgefangen und missbraucht werden können. Bitte beachten Sie, dass das Spital für die sichere Übertragung von E-Mails und/oder SMS keine Gewähr übernehmen kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der direkten und unverschlüsselten Kommunikation mit dem Spital per E-Mail- und/oder Mobiltelefon und/oder SMS einverstanden bin. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.
- das Spital Daten von der Versichertenkarte direkt oder von den durch die Versicherungen angebotenen Datenbanken abfragen und speichern kann.

Gerichtsstand: St.Gallen

## **Einholen von Informationen bei vorbehandelnden Ärzten und Medizinalpersonen**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Kantonsspital St.Gallen bei den vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten:

---

(Bitte vollständigen Namen und Ort)

sowie weiteren vorbehandelnden Medizinalpersonen:

---

(Bitte vollständigen Namen und Ort)

die zur Durchführung der Behandlung notwendigen medizinischen Informationen einholt und die entsprechend genannten Personen in diesem Umfang von der beruflichen Schweigepflicht entbindet.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Rechtsgültige Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Patient oder gesetzlicher Vertreter)

Patientinnen/Patienten mit Wunsch nach Zusatzleistungen (z.B. Halbprivat- oder Privatabteilung) bitten wir, zusätzlich das entsprechende Formular auszufüllen.

Rechnungskopien können beim Spital bestellt werden.