

Fiche de renseignements

- Veuillez nous retourner le questionnaire dans l'enveloppe-réponse ci-jointe.
- Si vous avez déjà été pris(e) en charge à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall au cours de l'année civile, vous ne devez compléter que les champs marqués d'un *.

Admission*	Stationnaire	Ambulatoire	Saint-Gall	Rorschach	Flawil		
Date et heure d'admission:*	_____		Clinique:*	_____			
Motif de l'admission	Maladie	Accident	Grossesse				
Motif du traitement:*	_____						
Nom du patient*	_____		Sexe	masculin	féminin		
Prénom*	_____		Date de naissance*	_____			
Nom de naissance	_____		Téléphone privé	_____			
Numéro d'assurance sociale (n° AVS)*	_____		Téléphone pro.	_____			
Rue/n°	_____		Téléphone mobile	_____			
NPA/Domicile	_____		Nationalité	_____			
Commune fiscale	_____		Etat civil	_____			
Adresse e-mail	_____		Confession	_____			
Profession	_____		Lieu d'origine	_____			
Personne à contacter	Conjoint(e)	Concubin(e)	Frère/sœur	Père/mère	Enfant	Ami(e)	Autre

(Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone complets)							
Employeur	A n'indiquer qu'en cas d'accident			Date de l'accident: _____			

(Veuillez indiquer le nom et l'adresse complets)							
Parcours de santé*	Médecin	Service de sauvetage	Initiative personnelle	Hôpital			

(Veuillez indiquer le nom et l'adresse complets)							
Médecin de famille*	_____						
(Veuillez indiquer le nom et l'adresse complets)							
Assurance*	Nom de l'assurance/NPA/Localité			Numéro d'assuré(e) et de carte			
Assurance de base	_____			_____			
Assurance complémentaire	_____			_____			
Assurance accidents	_____			_____			
Couverture	Privée	Semi-privée	Division commune canton de domicile	Division commune Suisse entière			

Veuillez signer ce formulaire au verso.



Je confirme par la présente l'exactitude des données mentionnées en première page et je m'engage à m'acquitter moi-même de tous les frais non pris en charge par mes assurances.

J'ai pris connaissance des éléments suivants et je les accepte:

- Le médecin ayant ordonné l'hospitalisation, le médecin de famille, les autres médecins éventuellement concernés et les assurances impliquées se voient transmettre mes données personnelles et médicales. Cela étant, je peux faire une demande expresse auprès de l'hôpital pour que ce dernier transmette mes données médicales au médecin-conseil de l'assurance.
- Les spécialistes de la santé impliqués dans mon traitement médical et leurs auxiliaires au sein des quatre réseaux hospitaliers du canton de Saint-Gall et de la clinique gériatrique de Saint-Gall peuvent accéder à mon dossier médical. Cette autorisation s'applique également au dossier du centre du laboratoire médical.
- L'hôpital peut transmettre les créances impayées à une société de recouvrement externe, et donc lui fournir les données dont elle a besoin.
- L'hôpital décline toute responsabilité concernant les effets du patient, ses objets de valeur et son argent.
- En cas d'envoi d'e-mails et/ou de communication par téléphone mobile et/ou SMS, les données sensibles peuvent en certaines circonstances être interceptées et utilisées à mauvais escient. Veuillez noter que l'hôpital est dans l'impossibilité de garantir une transmission sûre des e-mails et/ou des SMS. Je confirme par ma signature consentir à la communication directe et non cryptée avec l'hôpital, que ce soit par e-mail, par téléphone mobile et/ou par SMS. Je peux révoquer mon consentement en tout temps.
- L'hôpital peut consulter et enregistrer les données de la carte d'assuré, que ce soit directement ou via les bases de données fournies par les assurances.

For juridique: Saint-Gall

Obtention d'informations auprès des médecins traitants et du personnel médical

Je consens par la présente à ce que l'Hôpital cantonal de Saint-Gall contacte les médecins m'ayant suivi(e) auparavant:

(Veuillez indiquer les coordonnées complètes)

ainsi que le personnel médical m'ayant suivi(e) auparavant:

(Veuillez indiquer les coordonnées complètes)

afin d'obtenir les informations médicales nécessaires à la mise en place de mon traitement; dans ce cas, les personnes susmentionnées sont ainsi libérées de leur obligation de respecter le secret médical.

Lieu et date: _____

Signature légale: _____

(du patient ou de son représentant légal)

Les patient(e)s désirant bénéficier de prestations supplémentaires (p. ex. division privée ou semi-privée) sont prié(e)s de remplir également le formulaire prévu à cet effet.

Les copies des factures peuvent être demandées à l'hôpital.