

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

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

Name Nom Cognome _____	Vorname Prénom Nome _____	Geschlecht Sexe Sesso ☐ m ☐ f
Strasse Rue Via _____	PLZ/Ort NPA/Lieu NPA/Luogo _____	Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita _____
Sprache Langue maternelle Lingua Materna _____	AHV Nr. No AVS AVS Nr. <u>756</u>	
Religion Religion Religione _____	Ich wünsche den Besuch eines Seelsorgers. Je souhaite la visite d'un aumônier. ☐ Ja / Oui / Si Voglio la visita da un cappellano. ☐ Nein / Non / No	
Mobile Natel Mobile _____	E-Mail Adresse Adresse e-mail Indirizzo e-mail _____	
Zivilstand Etat civil Stato civile _____	Steuerdomizil Domicile fiscal Documenti depositati a (comune) _____	
Hausarzt Méd. de famille Medico di famiglia _____		

Ich bin einverstanden, nach meinem Aufenthalt an einer Zufriedenheitsmessung teilzunehmen.

J'accepte d'être contacté après mon séjour pour une enquête de satisfaction.

☐ Ja / Oui / Si

☐ Nein / Non / No

Accetto di essere contattato dopo aver soggiornato per un sondaggio sulla soddisfazione.

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

Grundversicherung Assurance de base Assicurazione di base _____	Versichertenkarten-Nr. No de carte d'assuré No carta di assicurazione <u>80756</u>
Zusatzversicherung Assurance complémentaire Assicurazione complementare _____	☐ A / C / G ☐ ganze Schweiz ☐ HP / SP / SP ☐ toute la Suisse ☐ P / P / P ☐ tutta la Svizzera

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

Name Nom Cognome _____	Vorname Prénom Nome _____
Strasse Rue Via _____	PLZ/Ort NPA/Lieu NPA/Luogo _____
Mobile Natel Mobile _____	Beziehung zum Patient Relation avec le patient Relazione con il paziente _____

Vertreter-Beistand-Vollmacht / Représentant-Curatelle-Procuration / Rappresentante-Assistenza-Procura

Einrichtung Institution Istituzione _____	
Name Nom Cognome _____	Vorname Prénom Nome _____
Strasse Rue Via _____	PLZ/Ort NPA/Lieu NPA/Luogo _____
Mobile Natel Mobile _____	E-Mail Adresse Adresse e-mail Indirizzo e-mail _____