

## 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

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

Name Nom Cognome	Vorname Prénom Nome	Geschlecht Sexe Sesso	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> 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. <b>756.</b>			
Religion Religion Religione	Ich wünsche den Besuch eines Seelsorgers. Je souhaite la visite d'un aumônier. Voglio la visita da un cappellano.	<input type="checkbox"/> Ja / Oui / Si	<input type="checkbox"/> 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

<b>Grundversicherung</b> Assurance de base Assicurazione di base	Versichertenkarten-Nr. No de carte d'assuré No carta di assicurazione <b>80756</b>	
<b>Zusatzversicherung</b> Assurance complémentaire Assicurazione complementare	<input type="checkbox"/> A / C / G <input type="checkbox"/> HP / SP / SP <input type="checkbox"/> P / P / P	<input type="checkbox"/> ganze Schweiz toute la Suisse 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		