

**Verteiler:**

- 1) Original: **Abteilungslogistik (zum Scannen)**  
2) Kopie: **Patientin, Aufnahme, stationäre Abrechnung**

**Patientinnen-Etikette****Preise Familienzimmer Geburtshilfe für halbprivat versicherte Patientinnen**

Sehr geehrte Patientin

Der Aufenthalt Ihrer Begleitperson (und gegebenenfalls Ihrer älteren Kinder) im Familienzimmer wird von den Krankenkassen nicht bezahlt. Wir erlauben uns deshalb, die nachfolgenden Pauschalpreise zu erheben.

**Rahmenbedingungen:**

Die Begleitperson (und die Geschwisterkinder) bleibt über Nacht im Spital. Die Belegung des Familienzimmers gilt für den gesamten Spitalaufenthalt. Die Betreuung der Geschwisterkinder wird nicht durch die Pflege übernommen.

**Einverständniserklärung:**

Hiermit bestätige ich, den obigen Text gelesen und verstanden zu haben. Ich wurde über die Rahmenbedingungen und die Kostenfolge zu meinen Lasten informiert und verpflichte mich zum Bezug folgender Leistungen:

		<b>Anzahl Nächte</b>	<b>Total Betrag</b>
Zimmer mit Frühstück	CHF 150 pro Nacht für Begleitperson und 1 Kind		
Mittagessen	CHF 20 pro Mittagessen		
Abendessen	CHF 15 pro Abendessen		
2. Kind	CHF 50 pro Nacht		

Der Betrag ist bei Eintritt vor Bezug des Zimmers beim Empfang B4 als Depot zu bezahlen. Allfällige Restguthaben werden Ihnen auf das unten genannte Konto überwiesen.

Winterthur, .....  
*Ort, Datum* .....  
*Unterschrift Patientin/Begleitperson*

**Bei Austritt auszufüllen:**

Datum Eintritt Familienzimmer:..... Datum Austritt Familienzimmer: .....

.....  
*Unterschrift Pflegende* .....  
*Unterschrift Patientin/Begleitperson*

**Bank- / Postverbindung der Patientin für allfällige Rückzahlungen**

Name der Bank / Post mit Adresse:	Konto lautend auf (Name, Vorname, Ort):
Clearing Nummer:	Kontonummer:
IBAN:	