

Anmeldebogen für Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Anreise und Aufnahme in unserer Klinik möglichst reibungslos und angenehm für Sie gestalten zu können, möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen möglichst zu beantworten.

Angaben zur Person

Name:	Telefon (privat):
Vorname:	Telefon (dienstlich):
Geburtsdatum:	Mobiltelefon:
Straße:	Fax:
PLZ & Ort:	E-Mail:
Beruf:	
<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamte/r <input type="checkbox"/> Selbstständige/r	
<input type="checkbox"/> sonstige: _____	

Angehörige oder Vertrauensperson

Name:	Telefon:
Vorname:	Mobiltelefon:
Geburtsdatum:	Fax
Straße:	E-Mail:
PLZ & Ort:	

Einweisender Arzt

Name:	Fachgebiet:
Straße:	Telefon:
PLZ & Ort:	

Angaben zur privaten Krankenversicherung

Name:	
Straße:	Telefon:
PLZ & Ort:	Versicherungs- Nr.:

Bitte Klinik – Karte bei der Aufnahme vorlegen, sofern vorhanden.

Versicherungstarif

Bitte geben Sie uns hierzu die Details zu Ihrem Versicherungstarif an. Diese finden sie in Ihren Versicherungsvertrag. Falls vorhanden, bitte eine Kopie Ihrer Klinikkarte beifügen.

<input type="checkbox"/>	Allgem. Krankenhausbehandlung: _____%
<input type="checkbox"/>	1 – Bett – Zimmer
<input type="checkbox"/>	2 – Bett – Zimmer
<input type="checkbox"/>	Wahlärztliche Behandlung

Angaben zur Beihilfe bei beihilfeberechtigten Patienten

Beihilfestelle:	Telefon:
Versicherungs- Nr.:	Beihilfesatz: _____%

Aufnahmewunsch

Termin:	Sobald wie möglich <input type="checkbox"/>
Ich benötige _____ Tage Vorlaufzeit	
Die Aufnahme ist innerhalb 24 Stunden kurzfristig möglich: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Bitte bringen Sie Arztberichte, aktuelle Medikationen bzw. sonstige medizinische Unterlagen, die Ihnen zur Verfügung stehen, mit.

Alle Angaben sind Bestandteil Ihrer Krankenakte und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Herzlichen Dank!

Datum, Unterschrift