

Aufnahmebogen Krankenhausbehandlung

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie sind für eine psychosomatische Krankenhausbehandlung in unserer Klinik angemeldet. Für unsere Unterlagen benötigen wir von Ihnen einige Angaben im Vorfeld der Behandlung.

Bitte senden Sie diesen Bogen ausgefüllt **vor Anreise** an folgende Adresse:

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
Patientenverwaltung
Kurhausstraße 31
97616 Bad Neustadt

1. Angaben zur Person

Name: Vorname:

Titel: Geschlecht: männlich weiblich

Straße: Postleitzahl: Ort:

Geburtsname: Geburtsdatum:

Geburtsort: Geburtsland:

Telefon privat: Telefon mobil:

Nationalität: Konfession:

Familienstand: verheiratet ledig getrennt lebend verwitwet geschieden

Anzahl der Kinder:

Erlerner Beruf: Ausgeübter Beruf:

Damit das richtige Zimmer für Sie reserviert werden kann, benötigen wir folgende Angaben:

Gewicht (Angabe nur wenn über 130 kg): kg Größe (Angabe nur, wenn über 195 cm): cm

2. Nächste Angehörige

Name: Vorname:

Straße: Postleitzahl: Ort:

Telefon privat: Telefon mobil:

In welchem Verhältnis steht der Angehörige zu Ihnen?

3. Einweisender Arzt

Name: Vorname:

Straße: Postleitzahl: Ort:

Telefon: Fachrichtung:

Bearbeitet:	Klingner, Andreas	Qualitätsmanagement	14.11.2019
Freigegeben:	Stuhl, Tibor	Kaufmännische Ltg. Haus 1/2/3/7	14.11.2019

0E.*^äi~&|ä}c!|a* cää JÖ[\ ^ } cÄ ä@ä^ { Ä } ä^ } * • ää } • c

4. Hausarzt

Name: Vorname:
 Straße: Postleitzahl: Ort:
 Telefon: Fachrichtung:

5. Krankenversicherung (gesetzlich)

Bezeichnung der Krankenkasse:
 Straße: Postleitzahl: Ort:
 Telefon:
 Ich bin: selbst Mitglied Familienmitglied Rentner
 Versicherungsnummer:
 Kassennummer lt. Krankenversichertenkarte: KV-Karte gültig bis:

Versichertes Mitglied (falls Sie familienversichert sind):

Name: Vorname:
 Straße: Postleitzahl: Ort:
 Telefon: Geburtsdatum:
 Arbeitgeber:

6. Private Krankenversicherung /Zusatzversicherung

Falls Sie privat versichert sind oder eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben, geben Sie diese bitte hier zusätzlich an.

Bezeichnung der Versicherung:
 Straße: Postleitzahl: Ort:
 Telefon: Versicherungsnummer:

Wünschen Sie eine Chefarztbehandlung während Ihres Aufenthaltes: ja nein
 (Falls Sie eine Chefarztbehandlung wünschen, sollte vor Antritt der Behandlung die **Kostenzusage** Ihrer privaten Kranken- bzw. Zusatzversicherung vorliegen.)

Versichertes Mitglied:

Name: Vorname:
 Straße: Postleitzahl: Ort:
 Telefon: Geburtsdatum:
 Arbeitgeber:

7. Die Richtigkeit Ihrer Angaben bestätigen Sie bitte nachfolgend mit Ihrer Unterschrift.

.....
 (Ort, Datum) (Unterschrift Patient/in)

Archivierung: Patientenakte

Bearbeitet:	Klingner, Andreas	Qualitätsmanagement	14.11.2019
Freigegeben:	Stuhl, Tibor	Kaufmännische Ltg. Haus 1/2/3/7	14.11.2019

OE * ^ ä i ~ & d Á } c ! | a * d ä e e f ö [\ ~ ^ } c Á ä ö ö ^ { Á } ä i ~ * • ä ä } • c