

Aufnahmebogen Tagesklinik

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

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:	Schneider, Elfi	Sekretariat CA/ÄD	09.08.2018
Freigegeben:	Prof. Dr. Siepmann, Martin	Ärztlicher Direktor	09.08.2018

OE.*^äi~ & dÄ } c!|a* dää ÄÖ[\ ^ } cÄ ää@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, 30a

Bearbeitet:	Schneider, Elfi	Sekretariat CA/ÄD	09.08.2018
Freigegeben:	Prof. Dr. Siepmann, Martin	Ärztlicher Direktor	09.08.2018

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