



Anmeldebogen

Meine Angaben:

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Bundesland: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Tel.-Nr.: _____ Mobil-Nr.: _____

Email: _____

Angaben zum betreuenden Arzt / Hausarzt:

Hausarzt Facharzt

Name, Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel.-Nr.: _____

Betreuung seid: _____

Angaben zu Angehörigen/Vertrauenspersonen:

(darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten)

Name, Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel.-Nr.: _____

Angaben zum Gesetzlichen Betreuer: *(falls vorhanden/ bitte Betreuerausweis beifügen)*

(darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten)

Name, Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel.-Nr.: _____



Angaben zu meiner Versicherung:

Bitte füllen Sie die untenstehenden Fragen gewissenhaft und vollständig aus. Sie dienen als Grundlage des Vertragsabschlusses bei Ihrer stationären Aufnahme.

- Gesetzliche-Versicherung: _____
(bitte Kopie Versicherungskarte, Vorder- und Rückseite beifügen)
Versicherungsnummer: _____
- Selbstzahler
- Privat-Versicherung: _____ (____ %)
Versicherungsnummer: _____
- Beihilfe: _____ (____ %)
Versicherungsnummer: _____
- Private- Zusatzversicherung: _____
Versicherungsnummer: _____
- **Versicherungstarif:** Allgemeinen Krankenhausleistung (**Regelleistung GKV**)
 Einbett-Zimmer
 Zweibett-Zimmer
 Wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)

Gewünschte Wahlleistungen:

(Kostenübernahme wenn entsprechender Versicherungstarif vorhanden ist)

- | | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------|
| 1-Bett Komfort | <input type="radio"/> | 90,00 € | pro Tag |
| 2-Bett Komfort1 | <input type="radio"/> | 75,00 € | pro Tag |
| 2-Bett Komfort | <input type="radio"/> | 60,00 € | pro Tag |
| Chefarztbehandlung | <input type="radio"/> | gesonderte Liquidation nach GOÄ | |
| Keine Wahlleistungen | <input type="radio"/> | | |
-



Meine Wünsche zur Aufnahme:

sobald wie möglich

Wunschtermin: _____

Früheste Aufnahme möglich ab: _____

Die Aufnahme ist **innerhalb von 24 Stunden** kurzfristig möglich.

Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden? :

- Ruf der Ärzte/Therapeuten
 - Empfehlung des einweisenden Arztes
 - Vorträge/Informationsveranstaltungen
 - Spezielles medizinisches Angebot
 - Presse
 - Internet
 - Persönliche Empfehlung
 - Die Klinik ist mir von früheren Aufenthalten bekannt
 - Sonstiges
-

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit sowie Vollständigkeit meiner Angaben:

(Aufgrund Ihrer angegebenen Daten, werden Sie einem entsprechenden Zimmer zugeteilt, dies kann während des Aufenthaltes nicht gewechselt werden)

Datum: _____

Unterschrift: _____