



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 seit: _____

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

- ☐ Private Versicherung: _____ (____ %)

Versicherungsnummer: _____

- ☐ Beihilfe: _____ (____ %)

Versicherungsnummer: _____

- ☐ Private Zusatzversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

- ☐ **Versicherungstarif:**
- ☐ Allgemeine Krankenhausleistungen (Regelleistung GKV)
 - ☐ Einbett-Zimmer
 - ☐ Zweibett-Zimmer
 - ☐ Wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
-

Gewünschte Wahlleistungen:

(Kostenübernahme wenn entsprechender Versicherungstarif vorhanden ist)

- | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1-Bett Komfort | ☐ | 90,00 € pro Tag |
| 2-Bett Komfort1 | ☐ | 75,00 € pro Tag |
| 2-Bett Komfort | ☐ | 60,00 € pro Tag |
| Chefarztbehandlung | ☐ | gesonderte Liquidation nach GOÄ |
| Keine Wahlleistungen | ☐ | |
-



Meine Wünsche zur Aufnahme:

☐ sobald wie möglich

Wunschtermin: _____

Früheste Aufnahme möglich ab: _____

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

☐ Ja* ☐ Nein

*Ggf. schnellere Aufnahme möglich

Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?

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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit sowie Vollständigkeit meiner Angaben. Den Hinweis zum Vorgehen bei Nicht-Antritt bzw. frühzeitigem Abbruch des Aufenthalts (FB_Ausfallpauschale) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____