

**Anmeldebogen bitte in Blockschrift ausfüllen**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  
Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Bundesland: \_\_\_\_\_ wenn Hessen, dann Landkreis: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
IK-Nr. Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_ **(wenn nicht bekannt, bitte bei der Krankenkasse erfragen)**  
Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
selbstversichert:  familienversichert:   
**zuzahlungsbefreit:** ja  nein  beantragt  in Planung es zu beantragen

Falls der Kostenträger für Ihre stationäre Behandlung die gesetzliche Krankenkasse oder freie Heilfürsorge ist, besteht für sie die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer **privaten Zusatzversicherung / Chefarztbehandlung?**

→ nur auszufüllen, wenn Chefarztbehandlung gewünscht ist und Ihre Zusatzversicherung dies abdeckt

Chefarztbehandlung gewünscht: Ja

Name und Adresse der privaten Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Falls der Kostenträger für Ihre stationäre Behandlung eine **private Krankenversicherung** ist:

Name und Adresse der privaten Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Möglichkeit der Inanspruchnahme **chefärztlicher Behandlung** gewünscht: Nein  Ja

**Beihilfestelle** bei beihilfeberechtigten Patienten: \_\_\_\_\_ Anteil in %: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Sind Sie rentenversichert? Ja  Nein

Wenn ja, DRV Bund? Ja  Nein

Wenn nein, durch wen sonst? (z. B. DRV Hessen, etc) \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Bitte wenden

|            |  |  |           |
|------------|--|--|-----------|
| Ich möchte | vollstationär <input type="checkbox"/> | teilstationär <input type="checkbox"/> | anreisen. |
|------------|--|--|-----------|

Ab wann könnten Sie anreisen? Bitte Datum angeben: \_\_\_\_\_

Haben Sie in der Zeit Ihres geplanten Aufenthaltes Arzttermine vereinbart?

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Wann ist der Termin? \_\_\_\_\_

Wo ist der Termin? \_\_\_\_\_

Benötigen Sie Sonderkost?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie pflegebedürftig?

Wenn ja, in welchem Umfang? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Pflegegrad / G. d. B.?

Wenn ja, welche Stufe / wieviel Prozent? \_\_\_\_\_

Reisen Sie mit Kind/ern zwischen 2 und 12 Jahren an?

Wenn ja, ist eine Kostenübernahme bereits beantragt? Ja  Nein

Liegt Ihnen diese bereits vor? Ja  Nein

Haben Sie eine aktuelle Verordnung von Krankenhausbehandlung  
im Original vorliegen? Ja  Nein

Name und Anschrift Ihres **nächsten Angehörigen**, der in eventuellen Notfällen unterrichtet werden soll:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Bisherige ambulant behandelnde Ärzte:****Einweisender Arzt:**

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Falls vorhanden, ambulant behandelnder **Nervenfacharzt:**

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Falls vorhanden, ambulant behandelnder **ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut:**

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Eigene Informationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nur vollständig ausgefüllte Unterlagen gehen im Anschluss zur Prüfung!

Sobald die angegebenen Informationen bei uns eingegangen sind und ein freier Platz zur Verfügung steht, melden wir uns unaufgefordert bei Ihnen.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir Wünsche für eine Zimmerauswahl nicht berücksichtigen können.