

Anmeldebogen bitte in Blockschrift ausfüllen

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
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.: _____

Ich kann **kurzfristig** (innerhalb 1-7 Tagen) anreisen: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: _____

Ergänzende Fragen:**Wie sind sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?**Annonce in Zeitg./Zeitschrift Arzt Beratungsstelle Fernseh-/Radiobeiträge Internet Leistungsträger (KK/RV) Messe Selbsthilfegruppe Psychotherapeut Werkarzt Empfehlung Sozialberatung
Freundes-/Bekanntenkreis (KH, Betrieb, KK)Sonstiges _____

Haben Sie Ihr Wunsch- und Wahlrecht in Anspruch genommen?

Ja Nein

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.: _____

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an die oben genannte Adresse zurück – vielen Dank!