

Anmeldebogen

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: _____
Vers.-Nr.: _____ Tel.-Nr.: _____
Selbstversichert: familienversichert:

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

Falls der **Kostenträger** für Ihre stationäre Behandlung die gesetzliche Krankenkasse oder freie Heilfürsorge ist:
Besteht für sie die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer **privaten Zusatzversicherung**?

Nein Ja

Chefarztbehandlung gewünscht: Nein Ja

Name der privaten Zusatzversicherung: _____
Vers.-Nr.: _____

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

Name der privaten Krankenversicherung: _____

Vers.-Nr.: _____

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

Beihilfestelle bei beihilfeberechtigten Patienten: _____ Anteil in %: _____

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	<input type="checkbox"/>	Arzt	<input type="checkbox"/>	Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>
Fernseh-/Radiobeiträge	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Leistungsträger (KK/RV)	<input type="checkbox"/>
Messe	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
Werkarzt	<input type="checkbox"/>	Empfehlung Freundes-/Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	Sozialberatung (KH, Betrieb, KK)	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	_____			

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.: _____