

Aufnahmeantrag

Bitte beide Seiten in Druckschrift ausgefüllt zurücksenden. Vielen Dank.

Patient

Nachname:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Straße:

Wohnort:

Telefon-Nr.:

Familienstand:

Angehöriger

Nachname:

Straße:

Postleitzahl:

Einweisender Arzt

Nachname:

Fachrichtung:

Straße:

Postleitzahl:

Hausarzt

Nachname:

Fachrichtung:

Straße:

Postleitzahl:

Vorname:

Geburtsort:

Religionszugehörigkeit:

Postleitzahl:

Bundesland:

Rentner:

ja nein

Erlerner Beruf

Vorname:

Telefon-Nr.:

Wohnort:

Vorname:

Telefon-Nr.:

Ort:

Vorname:

Telefon-Nr.:

Ort:

Zuständige Krankenkasse (Kostenträger) / Beihilfe

Name der Versicherung / Beihilfestelle : Versicherungs-Nr. / Beihilfe-Nr.: Höhe des Prozentsatzes %
Straße: Telefon-Nr.: Fax-Nr.:
Postleitzahl: Ort:

Zusatzversicherung / Privatversicherung

Name der Versicherung: Versicherungs-Nr.: Höhe des Prozentsatzes %
Straße: Telefon-Nr.: Fax-Nr.:
Postleitzahl: Ort:

Gewünschte Unterbringung

Mehrbettzimmer (Regelleistung)
Wahlleistung (Zuzahlung siehe Pflegekostentarif) Chefarzt usw. unbedingt vorab bekannt geben!
Zweibettzimmer 61,18 € pro Tag
Einbettzimmer 91,75 € pro Tag
Chefarztbehandlung Rechnung nach GOÄ
Mitaufnahme einer Begleitperson € 123/Tag € 98/Tag

Name der Begleitperson: _____ geboren am: _____

Kostenträger der Wahlleistung / Bezeichnung / Name

Zusatzversicherung _____
Selbstzahler _____

Krankheitszustand

	ja	nein
Ist der Patient		
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf einen Rollstuhl angewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stuhl- oder harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient alleine		
stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich an- und ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Körperpflege durchführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient Träger eines Krankenhauskeimes (z. B. MRSA/MRGN/ESBL) oder wurde er früher wegen eines solchen Keimes behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist besondere Kost notwendig? Diätform: _____

Krankenhausaufenthalt >3 Tage in den letzten 12 Monate in DE oder einem anderen Land ja nein
Frühere ambulante Behandlung in unserem Parkinson-Zentrum ja nein wann:.....
Frühere stationäre Behandlung in unserem Parkinson-Zentrum ja nein wann:.....

Ich beantrage hiermit die stationäre Behandlung in der Gertrudis-Klinik Biskirchen entsprechend den allgemeinen Vertragsbedingungen und dem jeweils gültigen Pflegekostentarif. (Diese Unterlagen stehen in der Aufnahmeabteilung zur Verfügung.)

Eine Abholung vom Bahnhof Stockhausen/Lahn ist möglich.

Abholung gewünscht: ja nein

Wenn ja, bitte geben Sie uns die Ankunftszeit des Zuges rechtzeitig telefonisch bekannt.

Fügen sie bitte folgende Unterlagen bei: Die Einweisung des behandelnden Arztes

Ort Datum Unterschrift des Patienten oder seines Vertreters

Wir möchten Sie höflich bitten, beide Seiten des Antrages komplett auszufüllen und an uns zurückzusenden, damit wir eine schnelle und reibungslose Aufnahme für Sie ermöglichen können. Vielen Dank.