

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

Können Sie

ja nein

alleine stehen

alleine gehen

alleine essen

schlucken

sich alleine an- und ausziehen

die Körperpflege durchführen

Haben Sie

ja nein

Halluzinationen

Verwirrtheit

nächtliche Unruhe

Weglauftendenz

Aggressivität

Druckgeschwüre

Wunden

Pumpensysteme

(z. B. Apomorphin, Duodopa, Insulin)

Sind Sie

ja nein

bettlägerig

rollstuhlpflichtig

harninkontinent

stuhlinkontinent

mit einer PEG

(Magensonde)

versorgt

Ist der Patient Träger eines **Krankenhauskeimes (z. B. MRSA/MRGN/ESBL)**

oder wurde er früher wegen eines solchen Keimes behandelt

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:.....

Besitzen Sie einen Pflegegrad? ja nein Wenn ja welchen? Pflegegrad _____

(bitte bringen Sie den Nachweis bei Aufnahme mit oder senden Sie eine Kopie anbei mit)

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.