

Aufnahmeantrag

Bitte in Druckschrift ausgefüllt zurücksenden. Vielen Dank.

Patient

Nachname:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Straße:

Wohnort:

Telefon-Nr.:

Familienstand:

Vorname:

Geburtsort:

Religionszugehörigkeit:

Postleitzahl:

Bundesland:

Rentner:

ja nein

Erlerner Beruf

Angehöriger

Nachname:

Straße:

Postleitzahl:

Vorname:

Telefon-Nr.:

Wohnort:

Einweisender Arzt

Nachname:

Fachrichtung:

Straße:

Postleitzahl:

Vorname:

Telefon-Nr.:

Ort:

Hausarzt

Nachname:

Fachrichtung:

Straße:

Postleitzahl:

Vorname:

Telefon-Nr.:

Ort:

Zuständige Beihilfestelle

Name der Beihilfestelle:

Versicherungsnummer:

Straße:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

Privatversicherung

Name der Versicherung:

Versicherungs-Nr.:

Höhe des Prozentsatzes

%

Straße:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

Gewünschte Unterbringung

Mehrbettzimmer (Regelleistung)

Wahlleistung (Zuzahlung siehe Pflegekostentarif)

Zweibettzimmer

59,12 €

Einbettzimmer

89,42 €

Behandlung durch die Chefärzte

Rechnung nach GOÄ

Mitnahme einer Begleitperson

€ 123/Tag

Name: _____ geboren am _____

Kostenträger der Wahlleistung / Bezeichnung / Name

Zusatzversicherung _____

Selbstzahler _____

Krankheitszustand

Ist der Patient

bettlägerig

ja

nein

auf einen Rollstuhl angewiesen

stuhl- oder harninkontinent

Kann der Patient alleine

stehen

gehen

essen

sich an- und ausziehen

die Körperpflege durchführen

Ist der Patient Träger eines **Klinikkeimes (MRSA)**

oder wurde er früher wegen eines Keimes behandelt

Ist besondere Kost notwendig?

Diätform: _____

Frühere ambulante Behandlung in der Gertrudis-Privatklinik ja nein wann:.....

Frühere stationäre Behandlung in der Gertrudis-Privatklinik ja nein wann:.....

Ich beantrage hiermit die stationäre Behandlung in der Gertrudis-Privatklinik 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 bei:

die Einweisung des behandelnden Arztes

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten oder seines Vertreters

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