



Karl-Ferdinand-Broll-Straße 2-4 – 35638 Leun-Biskirchen – Tel.: 06473-305-0 – Fax: 06473-305-57 – E-Mail: aufnahme@parkinson.de

## 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

Normal-Tarif

Basis-Tarif

Name der Versicherung:

Versicherungs-Nr.:

Höhe des Prozentsatzes

Straße:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

### Gewünschte Unterbringung

Mehrbettzimmer (Regelleistung)

### Wahlleistung (Zuzahlung siehe Pflegekostentarif)

Zweibettzimmer

63,15 €/Tag

unbedingt vorab bekannt geben

Einbettzimmer

93,97 €/Tag

unbedingt vorab bekannt geben

Chefarztbehandlung

Rechnung nach GOÄ

unbedingt vorab bekannt geben

Mitaufnahme einer Begleitperson

129,00 €/Tag  108,00 €/Tag

unbedingt vorab bekannt geben

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

Weglauff Tendenz

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

ja  nein

ja  nein

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)

**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.**