

**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:

Falls der Kostenträger für Ihre stationäre Behandlung die gesetzliche Krankenkasse oder freie Heilfürsorge ist, besteht für sie die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer **privaten Zusatzversicherung / Chefarztbehandlung?**

→ nur auszufüllen, wenn Chefarztbehandlung gewünscht ist und Ihre Zusatzversicherung dies abdeckt

Chefarztbehandlung gewünscht: Ja

Name und Adresse der privaten Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Name und Adresse der privaten Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

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

**Beihilfestelle** bei beihilfeberechtigten Patienten: \_\_\_\_\_ Anteil in %: \_\_\_\_\_

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

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.: \_\_\_\_\_