

Fragebogen zur Aufnahme

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort
(Soll der weitere Schriftverkehr an eine andere Adresse gesendet werden?)

Tel.-Nr.: _____

Krankenkasse:

Rententräger:

DRV Bund

Bayern Süd

Anderer: _____

Rentenversicherungsnummer:

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? Ja Nein

Name: _____

Versichert für: Einzelzimmer | Doppelzimmer | Chefarzt

Einweisender Arzt/Krankenhaus: _____

Hausarzt: _____

Entlassdatum Krankenhaus: _____

Beruf: _____ Rentner Hausfrau

Im Notfall zu verständigen: _____

Name, Anschrift, Telefonnummer

(Falls eine Vollmacht/Patientenverfügung vorhanden ist, bitte Kopie beilegen)

Gesetzlicher Betreuer ja nein

Name, Anschrift, Telefonnummer

Wie erfolgt die Anreise? Bus Bahn Krankentransport mit dem Auto

Gesetzlicher Eigenanteil:

Bereits bezahlte ____ Tage im Akutkrankenhaus.

Sonstiges: _____

Benachrichtigung der Betroffenen gem. § 26, Abs. 1, Datenschutzgesetz:

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass meine personenbezogenen Daten in der klinikeigenen EDV-Anlage gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten