



Bitte wenden Sie sich bei Fragen an die
Mitarbeiter der Stationären Patientenaufnahme.
Telefon: (02330) 62-3084
Öffnungszeiten:
Mo - Do: 7:30-16 Uhr und Fr.: 7:30-14 Uhr

Aufnahmeschein (bitte vollständig ausfüllen!)

Patient

Aufnahmedatum	Notfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verlegung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Station/Fachabteilung	Uhrzeit
Name	Vorname			
Geburtsname	Geburtsdatum		Religion	
Straße	PLZ/Wohnort			
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	
Telefon	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> getrennt		
Hausarzt	Anschrift		Pflegegrad	<input type="checkbox"/> beantragt

Bitte Einweisungsschein oder Verlegungsbericht beifügen!

Kostenträger

Gesetzliche Krankenkasse _____ Ort _____
 Versichertennummer _____ Versicherungsstatus _____ Gültig bis _____
 Zuzahlungsbefreiungsausweis Ja Nein
Bei Vorhandensein Ausweis bitte in der Aufnahme vorlegen (oder Kopie)!

Privatkasse _____ Ort _____
 Versicherungsnummer _____
Klinikkarte bitte in der Aufnahme vorlegen (oder Kopie)!

Beihilfe Ja Nein

Wahlleistungen Chefarzt: Ja Nein Begleitperson: Ja Nein
 Unterkunft: 1 Bett 2 Bett Familienzimmer
Wahlleistungsvertrag bitte mit Unterschriften an die Aufnahme!

Hauptversicherter (falls nicht Patient)	Begleitperson
Name _____	Name _____
Vorname _____ Geburtsdatum _____	Vorname _____ Geburtsdatum _____
Anschrift _____	Anschrift _____

Behandlungsvertrag

Unterschrift möglich zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich grundsätzlich nicht möglich
(bitte Betreuer bzw. Angehörigen angeben)

Behandlungsvertrag bitte mit Unterschriften an die Aufnahme!

Nächster Angehöriger / Gesetzlicher Betreuer

Name	Vorname
Straße	PLZ/Wohnort
Telefon/Mobil	Geburtsdatum
Verwandtschaftsgrad	