



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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<i>Bei Vorhandensein Ausweis bitte in der Aufnahme vorlegen (oder Kopie)!</i>		
Privatkasse _____		Ort _____
Versicherungsnummer _____		
<i>Klinikkarte bitte in der Aufnahme vorlegen (oder Kopie)!</i>		
Beihilfe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wahlleistungen Chefarzt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Begleitperson: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unterkunft: <input type="checkbox"/> 1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bett <input type="checkbox"/> Familienzimmer		
<i>Wahlleistungsvertrag bitte mit Unterschriften an die Aufnahme!</i>		
Hauptversicherter (falls nicht Patient)		Begleitperson
Name _____	Vorname _____	Name _____
Vorname _____	Geburtsdatum _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____		Geburtsdatum _____
Anschrift _____		Anschrift _____

Behandlungsvertrag

Unterschrift <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich <input type="checkbox"/> grundsätzlich nicht möglich
<i>(bitte Betreuer bzw. Angehörigen angeben)</i>

Behandlungsvertrag bitte mit Unterschriften an die Aufnahme!

Nächster Angehöriger / Gesetzlicher Betreuer

Name _____		Vorname _____	
Straße _____		PLZ/Wohnort _____	
Telefon/Mobil _____		Geburtsdatum _____	
Verwandtschaftsgrad _____			