



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
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				

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 _____	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 _____	