

Fragebogen Patientenaufnahme

Gültigkeitsbereich: Patientenaufnahme, ZNA, Sekretariate

Dokumentenart: MI

Persönliche Daten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Straße: _____	Hausnummer: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Telefon privat: _____	Telefon mobil: _____
E-Mail: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Konfession*: _____

*Angabe freiwillig

Angehörige / vertretungsberechtigte Personen (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____	Vorname: _____	
Verhältnis: _____	Telefon privat _____	
Telefon mobil: _____	E-Mail: _____	
Art der Vertretung: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht	Gesetzliche Betreuung	Betreuungsverfügung

Kostenträger

<input type="checkbox"/> gesetzliche KV	<input type="checkbox"/> private KV	<input type="checkbox"/> europäische KV	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Job-Center
<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft					
Krankenversicherung (KV): _____	Versichertennummer KV: _____					
Zusatzversicherung (ZV): _____	Versichertennummer ZV: _____					
Anteil Beihilfe: _____ %	Berufsgenossenschaft: _____					

Hausarzt/-ärztin (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname, Adresse: _____
Telefon (falls bekannt): _____

Einweisende/r Arzt/Ärztin (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin	
<input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin	Name, Vorname, Adresse: _____
Telefon (falls bekannt): _____	

Bitte wenden!

Fragebogen Patientenaufnahme

Gültigkeitsbereich: Patientenaufnahme, ZNA, Sekretariate

Dokumentenart: MI

Wahlleistungen (falls Wahlleistungen gewünscht, bitte auch die Wahlleistungsvereinbarung ausfüllen/unterschreiben, siehe beigefügten Flyer und die Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen)

Ärztliche Wahlleistung

1-Bett-Zimmer

2-Bett-Zimmer

Familienzimmer

Auskunft über Krankenhausaufenthalt

Ich bin damit einverstanden, dass mündlich oder telefonisch allen anfragenden Dritten, z.B. Angehörigen, Bekannten, Kollegen usw., der Ort meines Aufenthaltes im Krankenhaus, z. B. Station, Zimmer-Nr., ggf. Telefon-Nr., mitgeteilt werden darf.

ja nein Auskunftskennwort: _____

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen, ab dem Zeitpunkt des Widerspruchs mit Wirkung in die Zukunft, widerrufen werden.

Ort, Datum, _____ Unterschrift Patient/in oder Sorgeberechtigte/r: _____

Ich handele als Vertreter/in mit Vertretungsmacht / gesetzliche/r Vertreter/in / Betreuer/in

Die Daten werden auf der Basis der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen erhoben. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung.