

**Schön Klinik Bad Arolsen**

Postadresse: Schön Klinik SE - Schön Klinik Beratung - Bahnhofstr. 21-23 - 83022 Rosenheim

Tel.: +49 8051 6952060 Fax: +49 8051 6955127 Email: klinikberatung@schoen-klinik.de Internet: www.schoen-klinik.de

**ANMELDEBOGEN Schön Klinik Bad Arolsen für JUGENDLICHE**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  Divers

Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. dienstlich: \_\_\_\_\_  
(Wenn Anruf geschäftlich gewünscht ist.)

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

1. Angehöriger / Vertrauensperson (Name, Vorname): \_\_\_\_\_  
(darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten)

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

2. Angehöriger / Vertrauensperson (Name, Vorname): \_\_\_\_\_  
(darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten)

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer (Name, Vorname): \_\_\_\_\_  
- bitte Kopie Betreuerausweis beifügen -

Gesetzlicher Betreuer darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten unter folgender Adresse:

Email: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Arzt / Therapeut mit Name, Ort (darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten):

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich war bereits in der Schön Klinik Bad Arolsen in Behandlung:  Ja  Nein

**Gesetzliche Krankenkasse** (Name der Kasse): \_\_\_\_\_  
- bitte Kopie Versicherungskarte, Vorder- und Rückseite, beifügen -

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Beihilfestelle** bei beihilfeberechtigten Patienten (Name der Beihilfestelle): \_\_\_\_\_

Versicherungstarif bei Beihilfe:

2-Bett-Zi. ( \_\_\_\_\_ %)  Wahlärztl. Behandlung ( \_\_\_\_\_ %)

Allg. Krankenhausleistung ( \_\_\_\_\_ %)

**Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung** (Name der Versicherung): \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungstarif bei privater Krankenversicherung:

- bitte Kopie Klinikcard oder Tarifauszug mit Versicherungsschein beifügen -

1-Bett-Zi. ( \_\_\_\_\_ %)  2-Bett-Zi. ( \_\_\_\_\_ %)  Wahlärztl. Behandlung ( \_\_\_\_\_ %)

Allg. Krankenhausleistung ( \_\_\_\_\_ %)  Krankenhaustagegeld ( \_\_\_\_\_ € / Tag)

**Ich möchte folgende Leistungen in Anspruch nehmen:**

(gemäß Versicherungstarif oder als Selbstzahler)

**Wahlleistung Schön Premium Plus** (Ein-Bett-Zimmer)

**Wahlleistung Schön Premium** (Zwei-Bett-Zimmer)

**Wahlärztliche Behandlung** (gesonderte Liquidation nach GOÄ)

**Regelleistung:** Unterbringung Allgemeinstation im Mehrbettzimmer

Bei weiteren Fragen zu den Wahlleistungen wenden Sie sich bitte an die Schön Klinik Beratung.

Haben Sie einen Reha-Antrag für Psychosomatik gestellt?  Ja  Nein

Haben Sie einen Renten-Antrag gestellt?  Ja  Nein

**Meine Aufnahme ist frühestens möglich ab:** \_\_\_\_\_  so bald wie möglich

Die Aufnahme ist **innerhalb von 24 Stunden** kurzfristig möglich.  Ja\*  Nein

\*Hierdurch kommen Sie zusätzlich auf unsere Warteliste für kurzfristige Anreisen, was ggf. zu einer schnelleren Aufnahme führen kann.

Ich benötige \_\_\_\_\_ Tage Vorlaufzeit (max. 5 - 10 Tage seitens Schön Klinik möglich).

## Datenschutzerklärung / Datenfreigabe

### Hinweis:

Wir weisen darauf hin, dass die Anmeldung für unsere Klinik durch unser zentrales Patientenmanagement bearbeitet wird. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden. Es kann jedoch sein, dass Ihr Krankheitsbild in unserer Klinik nicht behandelt werden kann, oder die Wartezeiten unzumutbar lang sind. Unter Umständen gibt es eine Möglichkeit, Sie mit den uns vorliegenden Unterlagen in einer anderen Schön Klinik anzumelden. Diese Anmeldung in einer anderen Schön Klinik erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen vorherigen Zustimmung.

### **Einverständniserklärung:**

Ich erkläre mich mit der Bearbeitung meiner Anmeldung durch das zentrale Patientenmanagement der Schön Klinik Beratung einverstanden.

Ja       Nein      (Bei "Nein" ist eine Anmeldung in der Schön Klinik Bad Arolsen leider nicht möglich.)

Sofern eine Aufnahme in der Schön Klinik Bad Arolsen nicht möglich sein sollte, bin ich an einer klinikübergreifenden Beratung und Vermittlung innerhalb der Schön Kliniken interessiert. Zum Zwecke der Kontaktaufnahme dürfen die im Anmeldebogen angegebenen Telefonnummern verwendet werden. Im Falle einer von mir akzeptierten Alternativklinik bin ich mit der Weitergabe aller vorliegenden Unterlagen (inklusive der medizinischen Dokumentation) an diese Klinik einverstanden.

Ich erkläre mich mit dem oben vorgestellten Ablauf einverstanden.

Ja       Nein

Zudem bin ich damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte und Therapeuten, die meine Anmeldeunterlagen bearbeiten, Einblick in die Krankengeschichte meiner Vorbehandlungen nehmen dürfen, sofern ich in dieser Klinik schon einmal in stationärer Behandlung war oder ein Vorgespräch hatte.

Ja       Nein

Mir ist bekannt, dass ich die getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift **Interessent:** \_\_\_\_\_

Bei minderjährigen Interessenten zusätzlich Unterschrift von **mindestens einem Sorgeberechtigten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift **Sorgeberechtigte/r:** \_\_\_\_\_

Ich handle als **Vertreter mit Vertretungsvollmacht** bzw. **Betreuer:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift **Vertreter / Betreuer:** \_\_\_\_\_

### Hinweis: Sie selbst können zu einer schnelleren Bearbeitung Ihrer Anmeldung beitragen!

- Kontrollieren Sie vor Abgabe Ihrer Unterlagen, ob
- Ihre Anmeldung gut lesbar ausgefüllt ist,
  - alle Angaben vollständig beantwortet / angekreuzt wurden,
  - alle erforderlichen Unterschriften geleistet wurden.

### **Senden Sie Ihre Unterlagen** (in Kopie) **an folgende Adresse:**

Schön Klinik SE - Schön Klinik Beratung - Bahnhofstr. 21-23 - 83022 Rosenheim  
oder **gerne per Email** an: klinikberatung@schoen-klinik.de  
Tel.: +49 8051 6952060 Fax: +49 8051 6955127 Internet: www.schoen-klinik.de

## Bestätigung Sorgerecht

Sehr geehrte Sorgeberechtigte, sehr geehrter Sorgeberechtigter,

für die reibungslose Bearbeitung der Anmeldeunterlagen Ihres Kindes benötigen wir Ihre Unterstützung.

Einer Behandlung in den Schön Kliniken müssen Sie als Sorgeberechtigte/r zustimmen.

Daher bitten wir Sie, das ausgefüllte Formular den Anmeldeunterlagen beizufügen oder nachzusenden.

Sobald uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular vorliegt, können wir Sie im System aufnehmen und im Regelfall über den Anmeldeprozess informieren, sofern Ihre Daten nicht bereits im Anmeldebogen aufgeführt sind.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Klinikteam

### Von den Sorgeberechtigten auszufüllen

**Gemeinsame Ausübung des Sorgerechts**

Wir, Frau \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

und Herr \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

üben das **gemeinsame Sorgerecht** für unsere Tochter / unseren Sohn

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ aus.

**Alleinige Ausübung des Sorgerechts**

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

übe das **alleinige Sorgerecht** für meine Tochter / meinen Sohn

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ aus.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r