

ANMELDEBOGEN Schön Klinik

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Tel.-Nr. privat: _____ dienstlich: _____

Handy-Nr.: _____ Email: _____ Staatsangeh.: _____

Nächster Angehöriger od. Vertrauensperson: _____ Telefon: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Gesetzlicher Betreuer (falls vorhanden; bitte ggf. Betreuerausweis beifügen): _____

Einweisender Arzt: _____ Telefonnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Gesetzl. Krankenkasse (bitte Kopie Versicherungskarte, Vorder- und Rückseite, beifügen):

Name: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Vers.-Nr.: _____ Tel.-Nr.: _____

Beihilfestelle bei beihilfeberechtigten Patienten: _____

Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Vers.-Nr.: _____ Tel.-Nr.: _____

Versicherungstarif bei privater Krankenversicherung (Bitte Kopie Klinikcard – falls vorhanden – beifügen):

1-Bett-Zi. (____ %) 2-Bett-Zi. (____ %) Wahlärztl. Beh.(____ %) Allg. Krankenhausleistung (____ %)

Ich möchte folgende Leistungen in Anspruch nehmen:

- Wahlleistung Ein-Bett-Zimmer Wahlleistung Zwei-Bett-Zimmer Wahlärztliche Behandlung
 (gesonderte Liquidation nach GOÄ)

Bitte beachten Sie, dass Wahlleistungen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.
 Auskünfte zu den Preisen erteilen wir Ihnen gern auf Anfrage.

- Regelleistung: Unterbringung auf der Allgemeinabteilung

Meine Anmeldung gilt für folgende Schön Klinik:

- Bad Arolsen Bad Bramstedt Bad Staffelstein Berchtesgadener Land
 Hamburg Eilbek Roseneck Tagesklinik München Tagesklinik Hamburg

Meine Wunschklinik ist: _____ keine Präferenz

Meine Anmeldung gilt für eine stationäre Krankenhausbehandlung **Rehabehandlung**

Terminwunsch: _____ sobald wie möglich

Ich benötige _____ Tage Vorlaufzeit (max. 5 - 10 Tage unsererseits möglich).

Die Aufnahme ist **innerhalb 24 Stunden** kurzfristig möglich.

- Ja* Nein

*Hier kann die Wartezeit im Einzelfall deutlich verkürzt werden !

Datenschutzerklärung / Datenfreigabe**Hinweis:**

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden. Es kann jedoch sein, dass Ihr Krankheitsbild in einer der von Ihnen angegebenen Klinik(en) nicht behandelt werden kann oder die Wartezeiten unzumutbar lang sind. Es gibt unter Umständen eine Möglichkeit, Sie - mit den uns vorliegenden Unterlagen - in einer anderen Schön Klinik anzumelden.

Einverständniserklärung:

Sofern eine Aufnahme in der von mir angegebenen Klinik nicht möglich sein sollte, bin ich mit einer Beratung und Vermittlung an eine geeignete Klinik (nach erneuter Rücksprache) innerhalb der Schön Kliniken interessiert. Dafür gestatte ich der Klinik meine Daten weiterzuleiten.

Zur Prüfung einer anderweitigen Aufnahmemöglichkeit bin ich zudem mit der Weitergabe aller vorliegenden Unterlagen, inklusive der medizinischen Dokumentation, an eine geeignete Schön Klinik 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:.....

Freiwillige Angaben:

Wir bieten spezielle Angebote für einige Berufsgruppen an. Wir beraten Sie gern, wenn Sie es wünschen.
Derzeitiger Beruf:

Lehrer/Beamter Arzt/ Therapeut Bundeswehr/Polizei/Feuerwehr

Angestellter im Bereich _____

Selbständig Sonstiges: _____