

ANMELDEBOGEN Schön Klinik

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: _____
(Mit Nennung Ihrer eMail Adresse stimmen Sie der Kommunikation per Email zu)

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.: _____
(Mit Nennung Ihrer eMail Adresse stimmen Sie der Kommunikation per Email zu)

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

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

1. _____

2. _____

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

PLZ: _____ Ort: _____ Versicherungsnehmer: _____

Beihilfestelle bei beihilfeberechtigten Patienten (Name der Beihilfestelle): _____

Versicherungstarif bei Beihilfe: _____ Versicherungsnehmer: _____

2-Bett-Zi. (_____%) Wahlärztl. Behandlung (_____%)

Allg. Krankenhausleistung (_____%)

Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung (Name der Versicherung): _____

PLZ: _____ Ort: _____ Versicherungsnehmer: _____

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:

Wahlleistung 1-Bett-Zimmer Wahlleistung 2-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 gerne auf Anfrage.

Regelleistung: Unterbringung auf der Allgemeinabteilung

Meine Wunschklinik ist: _____

Sollte diese nicht das passende Behandlungskonzept für Sie haben, bitten wir Sie um Angabe einer Alternativklinik:
(Eine Parallelanmeldung in mehreren Kliniken ist nicht möglich.)

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

Meine Anmeldung gilt für eine: Krankenhausbehandlung Rehabehandlung

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 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 **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:** _____

Freiwillige Angaben:

Wir bieten spezielle Angebote für einige Berufsgruppen an. Wir beraten Sie gerne, wenn Sie es wünschen.

Derzeitiger Beruf:

Lehrer / Beamter Arzt / Therapeut Bundeswehr / Polizei / Feuerwehr

Angestellter im Bereich: _____

Selbständig Sonstiges: _____

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: linikberatung@schoen-klinik.de

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