

Schön Klinik Hamburg Eilbek

Postadresse: Schön Klinik Hamburg Eilbek - Patientenmanagement Haus 2 - Dehnhaiide 120 - 22081 Hamburg

Tel.: +49 40 2092-3093

ANMELDEBOGEN Schön Klinik Hamburg Eilbek

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. _____

Ich war bereits in der Schön Klinik Hamburg Eilbek 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 Ein-Bett-Zimmer

Wahlleistung Zwei-Bett-Zimmer

Wahlärztliche Behandlung (gesonderte Liquidation nach GOÄ)

Regelleistung: Unterbringung auf der Allgemeinabteilung

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 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 wird über unsere Klinikberatung Psychosomatik vorgenommen und erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Einverständniserklärung:

Sofern eine Aufnahme in der Schön Klinik Hamburg Eilbek nicht möglich sein sollte, bin ich an einer klinikübergreifenden Beratung und Vermittlung innerhalb der Schön Kliniken interessiert.

Dafür gestatte ich der Klinik, meine Daten (den vorliegenden Anmeldebogen, den persönlichen Bericht und die medizinische Dokumentation) an die Klinikberatung Psychosomatik der Schön Klinik weiterzuleiten.

Zur Prüfung einer anderweitigen Aufnahmemöglichkeit bin ich zudem mit der Weitergabe aller vorliegenden Unterlagen (inklusive der medizinischen Dokumentation) an die betreffende Schön Klinik einverstanden.

Im Falle einer Vermittlung in eine andere Schön Klinik werde ich zudem gesondert informiert.

Ich bin mit einer weitergehenden Beratung / Vermittlung 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 Hamburg Eilbek - Patientenmanagement Haus 2 - Dehnhaide 120 - 22081 Hamburg