

**Schön Klinik Tagesklinik Prien**

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

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

**ANMELDEBOGEN Schön Klinik****Tagesklinik Prien**

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

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

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

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

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. dienstlich: \_\_\_\_\_  
(Wenn Anruf geschäftlich gewünscht ist.)Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
(Mit Nennung Ihrer E-Mail Adresse stimmen Sie der Kommunikation per E-Mail zu)**Angehöriger / Vertrauensperson** (Name, Vorname): \_\_\_\_\_  
(darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten)

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

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Gesetzlicher Betreuer** (Name, Vorname): \_\_\_\_\_  
- bitte Kopie Betreuerausweis beifügen - (darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten)**Arzt / Therapeut** mit Name, Ort (darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten):  
\_\_\_\_\_**Gesetzliche Krankenkasse** (Name der Kasse): \_\_\_\_\_  
- bitte Kopie Versicherungskarte, Vorder- und Rückseite, beifügen -

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

**Beihilfestelle** bei beihilfeberechtigten Patienten (Name der Beihilfestelle): \_\_\_\_\_**Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung** (Name der Versicherung): \_\_\_\_\_

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

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

**Versicherungstarif bei Beihilfe / privater Krankenversicherung:***Bitte informieren Sie sich, ob Ihr Kostenträger die Wahlärztliche Behandlung bei Teilstationär übernimmt.*

- bitte Kopie Klinikcard oder Tarifauszug mit Versicherungsschein beifügen -

 Wahlärztl. Behandlung ( \_\_\_\_\_%)  Allg. Krankenhausleistung ( \_\_\_\_\_%)**Meine Aufnahme ist frühestens möglich ab:** \_\_\_\_\_  so bald wie möglichDie 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 Tagesklinik 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 Tagesklinik nicht behandelt werden kann, ggf. eine stationäre Behandlung in einer unserer Kliniken geeigneter wäre. Unter Umständen gibt es die Möglichkeit, Sie mit den uns vorliegenden Unterlagen in einer anderen Schön Klinik anzumelden.

### **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 Tagesklinik Prien leider nicht möglich.)

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

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 / Patient:** \_\_\_\_\_

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

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift **Vertreter / gesetzlicher 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 Holding SE - Schön Klinik Beratung - Bahnhofstr. 21-23 - 83022 Rosenheim  
oder **gerne per E-Mail** an: [klinikberatung@schoen-klinik.de](mailto:klinikberatung@schoen-klinik.de)

Tel.: +49 8051 6952060 Fax: +49 8051 6955127 Internet: [www.schoen-klinik.de](http://www.schoen-klinik.de)