

Schön Klinik Roseneck

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 Roseneck

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)

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

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

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

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

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

Gesetzlicher Betreuer darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten unter folgender Adresse:

E-Mail: _____ Tel.-Nr.: _____
(Mit Nennung Ihrer E-Mail Adresse stimmen Sie der Kommunikation per E-Mail zu)

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

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

1. _____

2. _____

Ich war bereits in der Schön Klinik Roseneck in Behandlung: ☐ Ja ☐ Nein

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:

(gemäß Versicherungstarif oder als Selbstzahler)

☐ **Wahlleistung Einbettzimmer** Haus C

☐ **Wahlleistung Zweibettzimmer** Haus A / C

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

☐ **Regelleistung:** Unterbringung auf der Allgemeinabteilung

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

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 Roseneck leider nicht möglich.)

Sofern eine Aufnahme in der Schön Klinik Roseneck 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:** _____

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

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____ Unterschrift **Sorgeberechtigte/r:** _____

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

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