Bitte in Druckbuchstaben und gut lesbar ausfüllen.

Schön Klinik Bad Bramstedt / Privatklinik
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 Bad Bramstedt für JUGENDLICHE

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ Divers

Staatsangeh.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Straße: _____

Tel.-Nr. privat: _____ Tel.-Nr. dienstlich: _____
(Wenn Anruf geschäftlich gewünscht ist.)

Impfstatus: ☐ 2. geimpft ☐ 3. geimpft ☐ genesen ☐ ungeimpft
(diese Angabe dient lediglich unserer Information und hat keine Auswirkung auf Ihre Anmeldung und Aufnahme)

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:

Email: _____ 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 Bad Bramstedt in Behandlung: ☐ Ja ☐ Nein

Gesetzliche Krankenkasse (Name der Kasse): _____

Derzeit über Einzelfallentscheidung 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)

☐ **Wahlärztliche Behandlung** (Chef-/Wahlarzt, gesonderte Abrechnung nach GOÄ)

☐ **Wahlleistung Schön Premium Plus** (entspricht Wahlleistung Einzelzimmer, umfangreiche Zusatzleistungen)

☐ **Wahlleistung Schön Premium** (entspricht Wahlleistung Doppelzimmer, viele Zusatzleistungen)

☐ **Regelleistung**: Unterbringung auf der Allgemeinstation

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

Meine Anmeldung gilt:

☐ für eine **Krankenhausbehandlung**

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 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 Bad Bramstedt leider nicht möglich.)

Sofern eine Aufnahme in der Schön Klinik Bad Bramstedt nicht möglich sein sollte, bin ich an einer klinikübergreifenden Beratung und Vermittlung innerhalb der Schön Kliniken interessiert.
Zum Zwecke der Kontaktaufnahme dürfen die im Anmeldebogen angegebenen Telefonnummern verwendet werden.
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** / **gestzlicher 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

Bestätigung Sorgerecht

Sehr geehrte Sorgeberechtigte, sehr geehrter Sorgeberechtigter,

für die reibungslose Bearbeitung der Anmeldeunterlagen Ihres Kindes benötigen wir Ihre Unterstützung.

Einer Behandlung in den Schön Kliniken müssen Sie als Sorgeberechtigte/r zustimmen.

Daher bitten wir Sie, das ausgefüllte Formular den Anmeldeunterlagen beizufügen oder nachzusenden.

Sobald uns das ausgefüllte und unterschriebene Formular vorliegt, können wir Sie im System aufnehmen und im Regelfall über den Anmeldeprozess informieren, sofern Ihre Daten nicht bereits im Anmeldebogen aufgeführt sind.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Klinikteam

Von den Sorgeberechtigten auszufüllen

☐ **Gemeinsame Ausübung des Sorgerechts**

Wir, Frau _____ , geboren am _____

und Herr _____ , geboren am _____

üben das **gemeinsame Sorgerecht** für unsere Tochter / unseren Sohn

_____ , geboren am _____ aus.

☐ **Alleinige Ausübung des Sorgerechts**

Ich, _____ , geboren am _____

übe das **alleinige Sorgerecht** für meine Tochter / meinen Sohn

_____ , geboren am _____ aus.

_____ , den _____ _____
Ort Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r

_____ , den _____ _____
Ort Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r