

Schön Klinik Bad Arolsen

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 Arolsen für JUGENDLICHE

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)

Impfstatus Covid-19: genesen am: _____ letzte Impfung am: _____ ungeimpft
(diese Angabe dient lediglich unserer Information und hat keine Auswirkung auf Ihre Anmeldung und Aufnahme)

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

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

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

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Gesetzliche Betreuungsperson (Name, Vorname): _____
- bitte Kopie Betreuerausweis beifügen, sofern die Gesundheitsfürsorge vorliegt -

Gesetzliche Betreuungsperson 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: _____

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

1. _____

2. _____

Ich war bereits in der Schön Klinik Bad Arolsen in Behandlung: Ja Nein

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

PLZ: _____ Ort: _____

Beihilfestelle bei beihilfeberechtigten Personen (Name der Beihilfestelle): _____

Versicherungstarif bei Beihilfe:

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

Allg. Krankenhausleistung (_____%)

Name, Vorname des Beihilfeempfängers: _____ Geb.-Datum _____

des Beihilfeempfängers:

Straße des Beihilfeempfängers: _____

PLZ/ Wohnort des Beihilfeempfängers: _____

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 Schön Premium Plus (Ein-Bett-Zimmer)

Wahlleistung Schön Premium (Zwei-Bett-Zimmer)

Wahlärztliche Behandlung (gesonderte Liquidation nach GOÄ)

Regelleistung: Unterbringung Allgemeinstation im Mehrbettzimmer

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenversicherung ggf.
über das Ergebnis meiner Fallprüfung informiert wird Ja Nein

Haben Sie einen Reha-Antrag für Psychosomatik gestellt? Ja Nein

Besteht ein laufendes Erwerbsminderungsrentenverfahren? Ja, seit wann: _____ Nein

Besteht ein laufendes Altersrentenverfahren? Ja, seit wann: _____ Nein

Sind Sie bereits berentet? Ja, seit wann: _____ 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 Arolsen leider nicht möglich.)

Sofern eine Aufnahme in der Schön Klinik Bad Arolsen 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 Ärztinnen/ Ärzte und Therapeutinnen/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:in / Patient:in: _____

*auch bei Minderjährigen ist eine Anmeldung ohne die persönliche Unterschrift nicht möglich

Bei minderjährigen Personen zusätzlich Unterschrift von **mindestens einer sorgeberechtigten Person:**

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____ Unterschrift sorgeberechtigte Person: _____

Ich handle als **Vertreterin/Vertreter mit Vertretungsvollmacht** bzw. **gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher Betreuer:**

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____ Unterschrift* Vertreter:in / Betreuer:in: _____

*Unterschrift nötig, sofern die Gesundheitsfürsorge vorliegt

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 und 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: linikberatung@schoen-klinik.de (Bitte beachten Sie, dass Sie die E-Mail einschließlich des Anhangs verschlüsseln sollten, um die Vertraulichkeit der Daten zu gewährleisten. Sofern Ihr Provider die E-Mail nicht automatisch oder über S/MIME verschlüsselt, können Sie, sofern Sie PGP als Verschlüsselungsverfahren verwenden, den Public-Key herunterladen unter <https://www.schoen-klinik.de/pgpkey>; zur Versendung per E-Mail s. des Weiteren die beigefügten datenschutzrechtlichen Informationen.)

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 Person 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 / Herr _____, geboren am _____

und Frau / 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 _____ Datum _____ Unterschrift sorgeberechtigte Person

_____, den _____ Datum _____ Unterschrift sorgeberechtigte Person