

## Anmeldebogen

---

### Persönliche Daten

Titel: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

- Versichertenstatus:
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
  - Gesetzliche Krankenversicherung mit privater Zusatzversicherung
  - Private Krankenversicherung (PKV)
  - Beihilfe, wenn ja: \_\_\_\_\_ %
  - Selbstzahler
  - Sonstiges

Patienten mit privater Krankenversicherung und gesetzlich versicherte Patienten mit privater Zusatzversicherung benötigen vor der stationären Aufnahme eine Kostenzusage ihrer privaten Krankenkasse (nicht von der gesetzlichen Krankenkasse). Zahlungen vor Ort erfolgen präferiert per EC-Karte.

---

### Psychische Erkrankung

Krankheitsbeginn: \_\_\_\_\_

Kurze Schilderung der  
Erkrankung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich habe schon eine ambulante Behandlung (Therapie) in Anspruch genommen:

- Ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Psychotherapie  
 Medikamentöse Therapie  
 Nein weil \_\_\_\_\_

Ich war schon einmal stationär in einer Klinik für Psychosomatik und/oder Klinik für Psychiatrie in Behandlung (**bitte aktuellen Entlassbrief in Kopie diesem Schreiben beifügen**):

- Ja (ggf. mehrere Aufenthalte spezifizieren)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

Anlass: \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

Anlass: \_\_\_\_\_

- Nein weil \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

### Einweisung

- Ja Verordnung von Krankenhausbehandlung (v. Facharzt – Psychiater/Neurologe) liegt vor  
 Nein liegt noch nicht vor, wird aber beigebracht

*Bitte beachten Sie, dass manche Krankenkassen vorschreiben, dass die stationäre Einweisung durch einen Facharzt erfolgen sollte.*

Wunschtermin für die stationäre Aufnahme:

\_\_\_\_\_

- Die Aufnahme ist innerhalb von 2-3 Tagen kurzfristig möglich (kann die Wartezeit in Einzelfällen deutlich verringern)

Wahlleistungen/Zimmer:

- Allgemeinstation mit Mehrbettzimmer (Regelleistung)  
 Einzelzimmer ohne Nasszelle 26,00 EUR je Berechnungstag  
 Einzelzimmer mit Nasszelle 39,00 EUR je Berechnungstag  
 Einzelzimmer Komfort Plus 145,00 EUR je Berechnungstag  
 Wahlarzt/Chefarzt-Behandlung Liquidation nach GOÄ

Eigene Anmerkungen:

(z.B. besondere Ernährungsform, Allergien, Hilfsmittel wie Rollator, Rollstuhl etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte schicken Sie keine Originale ein und nur eine Kopie des letzten Befundes. Ihr Anmeldebogen wird unseren Ärzten zur Begutachtung vorgelegt.

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**