

## 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  
 Doppelzimmer Komfort Plus 70,00 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!**