

Anmeldebogen

Persönliche Daten

Titel: _____

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

- 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 158,00 EUR je Berechnungstag
 - Doppelzimmer Komfort Plus 80,00 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!