

Aufnahmeantrag

Bitte beide Seiten in Druckschrift ausgefüllt zurücksenden. Vielen Dank.

Patient

Nachname:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Straße:

Wohnort:

Telefon-Nr.:

Familienstand:

Angehöriger

Nachname:

Straße:

Postleitzahl:

Einweisender Arzt

Nachname:

Fachrichtung:

Straße:

Postleitzahl:

Hausarzt

Nachname:

Fachrichtung:

Straße:

Postleitzahl:

Vorname:

Geburtsort:

Religionszugehörigkeit:

Postleitzahl:

Bundesland:

Rentner:

ja nein

Erlerner Beruf

Vorname:

Telefon-Nr.:

Wohnort:

Vorname:

Telefon-Nr.:

Ort:

Vorname:

Telefon-Nr.:

Ort:

Zuständige Krankenkasse (Kostenträger) / Beihilfe

Name der Versicherung / Beihilfestelle :

Versicherungs-Nr. / Beihilfe-Nr.:

Höhe des Prozentsatzes

 %

Straße:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

Zusatzversicherung / Privatversicherung

Normal-Tarif

Basis-Tarif

Name der Versicherung:

Versicherungs-Nr.:

Höhe des Prozentsatzes

 %

Straße:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

Gewünschte Unterbringung

Mehrbettzimmer (Regelleistung)

Wahlleistung (Zuzahlung siehe Pflegekostentarif)

Zweibettzimmer

62,11 € pro Tag

unbedingt vorab bekannt geben

Einbettzimmer

92,80 € pro Tag

unbedingt vorab bekannt geben

Chefarztbehandlung

Rechnung nach GOÄ

unbedingt vorab bekannt geben

Mitnahme einer Begleitperson

123/Tag

€ 98/Tag

unbedingt vorab bekannt geben

Name der Begleitperson: _____

geboren am: _____

Kostenträger der Wahlleistung / Bezeichnung / Name

Zusatzversicherung

Selbstzahler

Krankheitszustand

Können Sie

ja nein

alleine stehen

alleine gehen

alleine essen

schlucken

sich alleine an- und ausziehen

die Körperpflege durchführen

Haben Sie

ja nein

Halluzinationen

Verwirrtheit

nächtliche Unruhe

Weglauff Tendenz

Aggressivität

Druckgeschwüre

Wunden

Pumpensysteme

(z. B. Apomorphin, Duodopa, Insulin)

Sind Sie

ja nein

bettlägerig

rollstuhlpflichtig

harninkontinent

stuhlinkontinent

mit einer PEG

(Magensonde)

versorgt

Ist der Patient Träger eines **Krankenhauskeimes (z. B. MRSA/MRGN/ESBL)**

oder wurde er früher wegen eines solchen Keimes behandelt

ja

nein

ja

nein

Ist besondere Kost notwendig?

Diätform: _____

Krankenhausaufenthalt >3 Tage in den letzten 12 Monate in DE oder einem anderen Land ja nein

Frühere ambulante Behandlung in unserem Parkinson-Zentrum

ja

nein

wann:.....

Frühere stationäre Behandlung in unserem Parkinson-Zentrum

ja

nein

wann:.....

Besitzen Sie einen Pflegegrad? ja nein

Wenn ja welchen?

Pflegegrad _____

(bitte bringen Sie den Nachweis bei Aufnahme mit oder senden Sie eine Kopie anbei mit)

Eine Abholung vom Bahnhof Stockhausen/Lahn ist möglich.

Abholung gewünscht:

ja

nein

Wenn ja, bitte geben Sie uns die Ankunftszeit des Zuges rechtzeitig telefonisch bekannt.

Fügen sie bitte folgende Unterlagen bei: Die Einweisung des behandelnden Arztes

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten oder seines Vertreters

Wir möchten Sie höflich bitten, beide Seiten des Antrages komplett auszufüllen und an uns zurückzusenden, damit wir eine schnelle und reibungslose Aufnahme für Sie ermöglichen können. Vielen Dank.