

Patient – Kontaktdaten

Nachname: *

Straße: *

Hausnummer: *

Vorname: *

Anschrift Zusatz:

Wohnort: *

Geburtsdatum *

Telefon: *

Postleitzahl: *

Geburtsort: *

Mobil:

Staatsangehörigkeit:

E-Mail-Adresse:

Familienstand: *

Angehöriger

Nachname:

Straße:

Hausnummer:

Vorname:

Anschrift Zusatz:

Wohnort:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Postleitzahl:

Mobil:

Einweisender Arzt

Nachname:

Straße:

Hausnummer:

Vorname:

Anschrift Zusatz:

Ort:

Fachrichtung:

Telefon:

Postleitzahl:

Hausarzt – Kontaktdaten

Nachname:

Straße:

Hausnummer:

Vorname:

Anschrift Zusatz:

Ort:

Fachrichtung:

Telefon:

Postleitzahl:

Zuständige Krankenkasse (Kostenträger) /Beihilfe

Name der Versicherung / Beihilfestelle :

Straße:

Hausnummer:

Der Versicherung / Beihilfestelle Telefon-Nr.:

Ort:

Postleitzahl:

Der Versicherung / Beihilfestelle Fax-Nr.:

Versicherungs-Nr. /
Beihilfe-Nr.:

Höhe des Prozentsatzes
(%):

Zusatzversicherung / Privatversicherung

Tarif

Normal-Tarif

Basis-Tarif

Versicherungs-Nr.:

Straße:

Ort:

Höhe des Prozentsatzes
(%):

Hausnummer:

Postleitzahl:

Name der Versicherung:

Der Versicherung Fax-Nr.:

Der Versicherung
Telefon-Nr.:

Gewünschte Unterbringung

Mehrbettzimmer
(Regelleistung)

Mehrbettzimmer

Wahlleistung (Zuzahlung siehe Pflegekostentarif)

Zweibettzimmer: 70,78 €/Tag

Einbettzimmer: 102,56 €/Tag

Chefarztbehandlung Rechnung nach GOÄ

unbedingt vorab bekannt geben

Mitaufnahme einer
Begleitperson

134,16 €/Tag

unbedingt vorab bekannt
geben

Name der Begleitperson:

Begleitperson geboren am:

Kostenträger der Wahlleistung / Bezeichnung / Name

Zusatzversicherung

Selbstzahler

Krankheitszustand

Können Sie

Wählen Sie die richtige Antwort

alleine stehen *

- Ja
 Nein

alleine gehen *

- Ja
 Nein

alleine essen *

- Ja
 Nein

schlucken *

- Ja
 Nein

sich alleine an- und ausziehen *

- Ja
 Nein

die Körperpflege durchführen *

- Ja
 Nein

Haben Sie

Wählen Sie die richtige Antwort

Halluzinationen *

- Ja
 Nein

nächtliche Unruhe *

- Ja
 Nein

Aggressivität *

- Ja
 Nein

Wunden *

- Ja
 Nein

Pumpensysteme (z. B. Apomorphin, Duodopa, Insulin) *

- Ja
 Nein

Haben Sie

Wählen Sie die richtige Antwort

Verwirrtheit *

- Ja
 Nein

Weglauff Tendenz *

- Ja
 Nein

Druckgeschwüre *

- Ja
 Nein

Sind Sie

Wählen Sie die richtige Antwort

bettlägerig *

- Ja
 Nein

rollstuhlpflichtig *

- Ja
 Nein

harninkontinent *

- Ja
 Nein

stuhlinkontinent *

- Ja
 Nein

mit einer PEG (Magensonde) versorgt *

- Ja
 Nein

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

- Ja
 Nein

Wählen Sie die richtige Antwort

oder wurde er früher wegen eines solchen Keimes behandelt

- Ja
 Nein

Wählen Sie die richtige Antwort

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

- Ja
 Nein

Wählen Sie die richtige Antwort

Frühere ambulante Behandlung in unserem Parkinson-Zentrum

- Ja
 Nein

Wählen Sie die richtige Antwort

wann (Frühere ambulante Behandlung)

Frühere stationäre Behandlung in unserem Parkinson-Zentrum

- Ja
 Nein

Wählen Sie die richtige Antwort

wann (Frühere stationäre Behandlung)

Besitzen Sie einen Pflegegrad?

- Ja
 Nein

Wählen Sie die richtige Antwort

Wenn ja welchen? Pflegegrad

- 01 02 03 04 05

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.

Anmerkung

Ort

Datum

Datenschutzbestimmung*

- Ich stimme der Datenschutzbestimmung zu und bin damit einverstanden, dass die Gertrudis-Klinik Parkinson-Zentrum-GmbH meine Daten zur Kontaktaufnahme weiterverarbeitet. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.