

Karl-Ferdinand-Broll-Straße 2-4 – 35638 Leun-Biskirchen – Tel.: 06473-305-0 – Fax: 06473-305-57 – E-Mail: aufnahme@parkinson.de

Zur Planungssicherheit Wahlleistungswünsche bitte auf der 2. Seiten vorab bekannt geben!!!

Bitte beide Seiten in Druckschrift ausgefüllt zurücksenden. Vielen Dank.

Patient

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Religionszugehörigkeit:

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

Bundesland:

Telefon-Nr.:

Rentner:

ja nein

Familienstand:

Erlerner Beruf

Angehöriger

Nachname:

Vorname:

Straße:

Telefon-Nr.:

Postleitzahl:

Wohnort:

Einweisender Arzt

Nachname:

Vorname:

Fachrichtung:

Straße:

Telefon-Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

Hausarzt

Nachname:

Vorname:

Fachrichtung:

Straße:

Telefon-Nr.:

Postleitzahl:

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) - unbedingt vorab bekannt geben

Zweibettzimmer

Komfort: 79,00 €/Tag

Premium: 89,00 €/Tag

Einbettzimmer

Komfort: 159,00 €/Tag

Premium: 189,00 €/Tag

Chefarztbehandlung

Rechnung nach GOÄ

Mitaufnahme einer Begleitperson

140,00 €/Tag

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)**ja nein

oder wurde er früher wegen eines solchen Keimes behandelt

ja nein Ist besondere Kost notwendig? ja nein Diätform: _____**Krankenhausaufenthalt >3 Tage in den letzten 12 Monate in DE oder einem anderen Land ja nein** **(Wenn ja, dann bitte Entlassungsbericht beifügen)**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, Krankenunterlagen, den aktuellen Medikamentenplan

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.