

Fragebogen zur Anmeldung

Name des Patienten

Vorname des Patienten

männlich weiblich

Straße

PLZ Wohnort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Beruf

Telefon / Mobil

Gewicht _____

e-mail (falls vorhanden)

Angaben zu Ihrer Krankenversicherung

Krankenkasse u. Geschäftsstelle

ggf. Private (Zusatz-)Versicherung

Waren Sie schon stationär in der Rommel-Klinik? nein ja Datum: _____

Waren Sie schon ambulant in der Rommel-Klinik? nein ja Datum: _____

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

1. Welche Hilfsmittel benutzen Sie? (sind bei stationärer Aufnahme mitzubringen)

(Bitte vollständig ausfüllen)

Rollstuhl

Gehwagen (Rollator)

Andere Hilfsmittel (z.B. Stock, Lifter) welche: _____

Sauerstoffflasche wie oft: zeitweise dauernd

Sind Sie dadurch in der Lage, ohne fremde Hilfe auszukommen? ja nein

	allein	teilweise Hilfe	immer Hilfe (vom Pflegepersonal)
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwesterklingel bedienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden

2. Anschrift des einweisenden Arztes:

Name

Straße

PLZ Wohnort

Telefon

3. Anschrift des Hausarztes:

Name

Straße

PLZ Wohnort

Telefon

4. Ich wünsche Unterbringung und Behandlung für gesetzlich Versicherte (3-Bett-Zimmer)

5. Ich bin Nichtraucher oder Raucher

6. Wahlleistungen (**Selbstzahler bzw. zusatzversichert**)

Für die Inanspruchnahme der Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Versicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Bitte klären Sie die Kostenübernahme unbedingt vorab mit Ihrer Privatversicherung bzw. privaten Zusatzversicherung.

6.1 Ich wünsche als *Wahlleistung Arzt* die Behandlung durch: (**Selbstzahler bzw. zusatzversichert**)

CA Dr. med. G. Jäger, FA für Orthopädie , Physikalische Medizin und Spezielle Schmerztherapie

CA PD Dr. med. O. Rommel, FA für Neurologie und Spezielle Schmerztherapie

6.2 Ich wünsche als *Wahlleistung Unterkunft* die Unterbringung in einem:

2-Bett-Zimmer 28,07 € pro Tag
(Dusche • WC • Safe/Wertfach • Fernseher m. Radio)

1-Bett-Zimmer Kategorie normal 75,58 € pro Tag
(Dusche • WC • Besucherecke • Schreibtisch • Safe/Wertfach • Fernseher m. Radio •
sanitäre Zusatzartikel)

1-Bett-Zimmer Kategorie plus 86,66 € pro Tag
(Dusche • WC • Komfortbetten • Rollos • Besucherecke • Schreibtisch • Safe/Wertfach •
Kühlschrank • LCD-TV plus DVD Surroundanlage • Zusatzverpflegung • sanitäre Zusatzartikel)

7. Mit der Bekanntgabe meines Krankenhausaufenthaltes an den Seelsorger meiner Konfession

bin ich:

einverstanden* Konfession_____ *Diese Angabe ist freiwillig, sie dient zur Unterrichtung des Seelsorgers

nicht einverstanden

Der Patient (oder gesetzliche Vertreter mit entsprechender Vollmacht) bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er den Fragebogen zur Anmeldung wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt hat.

Datum

Unterschrift Patient

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht

Unterschrift Vertreter
(Bitte Adresse angeben)