

## Anmeldebogen für Interne, Akutgeriatrie/Remobilisation

### Patientendaten

Name: (akad. Grad)	Vorname:
Name vor Eheschließung:	Geburtsdatum, -ort:
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
Geburtsland:	Religionsbekenntnis (freiwillig):

### Adresse

Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel:	E-Mail:

### Versicherungsdaten

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	SV-Nr.:
Krankenkasse (Name):	
Beruf:	
Dienstgeber (Name):	
Straße:	
PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Ich bin mitversichert	SV-Nr.:
Krankenkasse (Name):	
Hauptversicherter (Name, SV-Nr.):	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Verwandtschaftsgrad:	Beruf:
Dienstgeber des Hauptversicherten:	
Straße:	
PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler	Versicherung (Name):
Polizzen-Nr.:	

### Zusatzversicherung (Sonderklasse)

Versicherung (Name):	Polizzen-Nr.:
----------------------	---------------

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

**Patientenname:** \_\_\_\_\_  
 (wenn Bogen gefaxt wird, bitte Namen nochmals eintragen)  
 F: 400 88-9099

**Angehöriger – gesetzlicher Vertreter**

Name:		Vorname:	
Verwandtschaftsgrad:		Tel.:	
Straße:			
PLZ:	Ort:		
Letzter Aufenthalt in unserem Krankenhaus:			
Name Ihres einweisenden Arztes:			
Name Ihres Hausarztes/praktischen Arztes:			

Mein Religionsbekenntnis darf einem Vertreter meiner Glaubensgemeinschaft mitgeteilt werden:  
 ja  nein

Ich bin mit der Bekanntgabe meiner Daten an Krankenkassen, Versicherungen und Ämter zu verrechnungstechnischen und statistischen Zwecken einverstanden. Ich bin informiert, dass Wertgegenstände bei der Aufnahme in einem Safe deponiert werden können. Für nicht im Safe verwahrte Gegenstände kann das Krankenhaus keinerlei Haftung übernehmen.

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

**Vom einweisenden Arzt auszufüllen**

Einweisungsdiagnose:			
ICD-10-Code (wenn bekannt):		Aufnahmetag (Datum/Warteliste):	
Anmeldung für: <input type="checkbox"/> Interne I <input type="checkbox"/> Interne II <input type="checkbox"/> Akutgeriatrie/ Remobilisation			
Aufnahmezeit: <input type="checkbox"/> 8.00 - 8.45 Tagesklinik <input type="checkbox"/> 10.00 - 10.45 Interne <input type="checkbox"/> 10.00 -10.45 Sonderklasse			
<input type="checkbox"/> AKL	<input type="checkbox"/> SKL-MBZ	<input type="checkbox"/> SKL-EBZ	<input type="checkbox"/> SKL-BVA
<input type="checkbox"/> C/P	<input type="checkbox"/> CT _____	<input type="checkbox"/> Labor _____	<input type="checkbox"/> Konsil _____
<input type="checkbox"/> US OB/UB/N. Sono	<input type="checkbox"/> TRUS	<input type="checkbox"/> Labor _____	<input type="checkbox"/> COLONO
<input type="checkbox"/> Irrigo	<input type="checkbox"/> BG	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> GASTRO
<input type="checkbox"/> I.V.U	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> _____	
Therapievorschlag:			
Medikamente/ Allergien:			
Voraussichtliches Entlassungsdatum:			
Besonderheiten:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>	Diabetiker: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Stampilie und Unterschrift Einweisender Arzt