

Anmeldebogen für Neurologie

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!

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):			
Aufnahmezeit: <input type="checkbox"/> 08.00 - 09.00 Allgemeine Klasse	<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"/> EEG	<input type="checkbox"/> Konsil _____
<input type="checkbox"/> MRT- Schädel	<input type="checkbox"/> COLONO	<input type="checkbox"/> Labor _____	<input type="checkbox"/> Video EEG	<input type="checkbox"/> Polysomnographie
<input type="checkbox"/> MRT- LWS	<input type="checkbox"/> GASTRO	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> ENMG	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> MRT _____		<input type="checkbox"/> EP	<input type="checkbox"/> EP	<input type="checkbox"/> _____
Therapievorschlag:				
Medikamente/ Allergien:				
Voraussichtliches Entlassungsdatum:				
Besonderheiten:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>			

Datum

Stampilie und Unterschrift Einweisender Arzt