

Anmeldebogen 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.:
----------------------	---------------

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

Familienangehöriger – gesetzlicher Vertreter

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

Sofern meine Versicherung(en) nicht die gesamten Kosten meines Krankenhausaufenthaltes trägt (tragen), verpflichte ich mich, den Differenzbetrag selbst zu begleichen.

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

Name einweisender Arzt (bitte in Blockbuchstaben)

Handzeichen & Stempel
Jänner 2018