

Anmeldebogen Patient/in Chirurgie

bitte mailen an: aufnahme@khgh.at

Name: (inkl. Titel)	Vorname:
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Straße/ Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Telefonnummer: wichtig, bitte jedenfalls bekanntgeben!	

Versicherungsdaten

Krankenkasse (Name):	SV-Nr.:
<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	
<input type="checkbox"/> Ich bin mitversichert	
<i>Hauptversicherter (Name, SV-Nr.):</i>	
<i>Straße:</i>	
<i>PLZ:</i>	<i>Ort:</i>
<i>Verwandtschaftsgrad:</i>	
<input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler	
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Zusatzversicherung	
Versicherung (Name):	Polizzen-Nr.:

Angehöriger

Name:	Vorname:
Verwandtschaftsgrad:	Tel.:
Straße:	
PLZ:	Ort:

Name Ihres einweisenden Arztes:

Name Ihres praktischen Arztes:

Sofern ich die Aufnahme in die Sonderklasse wünsche und über eine private Krankenversicherung verfüge, werden die Kosten meines Aufenthaltes direkt mit meiner privaten Krankenversicherung abgerechnet. Eine Rechnungslegung an mich ist aus den im Direktverrechnungsübereinkommen mit der privaten Krankenversicherung genannten Fällen möglich (z.B. Ablehnung der Kostentragung durch die Versicherung aus Gründen meines Versicherungsvertrages).

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 Patient/in