

## Anmeldebogen Neurologie

### Patientendaten

Name: (akad. Grad)	Vorname:
Name vor Eheschließung:	Geburtsdatum, -ort:
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
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: \_\_\_\_\_  
Mail: [aufnahme@khgh.at](mailto:aufnahme@khgh.at)

### 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 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 des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

### Vom einweisenden Arzt auszufüllen

Einweisungsdiagnose:	vorraussichtl. Aufenthaltsdauer:
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