

Aufnahmeschein

Aufkleber		Uhrzeit	Station	Fachrichtung	Aufnahme am	Kürzel MA	
		Angaben zur Person					
		Vorname und Nachname des Patienten				Geburtsname	
		Straße				Hausnummer	
PLZ	Wohnort	Telefonnummer		Geburtsdatum	Geburtsort		
Beruf		Arbeitgeber			Geschlecht		
Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit	Ich bin zurzeit hier in Deutschland zu Besuch bei: Name				
Straße/Hausnummer		PLZ	Wohnort				
Eilige Nachricht an: Name			Eilige Nachricht an: Telefonnummer				

Angaben zur Krankenversicherung	
Name der gesetzlichen Krankenversicherung	Versicherungsnummer
Name der privaten Krankenversicherung	Versicherungsnummer
Name der/s Hauptversicherten	Geburtsdatum d. Hauptversicherten
Bei Minderjährigen: Vorname und Nachname der/s Sorgeberechtigten	
Geburtsdatum d. Sorgeberechtigten	
Einweisender Arzt	Hausarzt
Verlegung aus einem Krankenhaus	
WICHTIG: Haben Sie eine Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wahlleistung	
Chefarztbehandlung*: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1 Bett*/ <input type="checkbox"/> 2 Bett* *gesonderter Vertrag erforderlich

Hiermit bestätige ich, dass die oben angegebenen Daten vollständig und richtig sind.

Name (bitte in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift