



Aufnahmedaten von _____
(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

Anrede:	Titel:
Name:	Vorname:
PLZ, Wohnort:	Kreis: Bundesland:
Straße:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:	Geburtsname:
Telefon privat:	Geburtsort:
Telefon dienstlich:	Telefon mobil:
E-Mailadresse:	Beruf:
Konfession: <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> keine (Die Angabe ist freiwillig)	Wünschen Sie Kontakt zu einem Seelsorger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

- Benötigen Sie Heil- und Hilfsmittel?
 nein ja, welche? _____
- Unser Haus ist **nicht rollstuhlgerecht** ausgestattet.
Benötigen Sie Hilfe oder einen Rollstuhl, um sich zu bewegen?
 nein ja
- Wurde bei Ihnen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt?
 nein ja
- Wenn ja, welcher Pflegegrad wurde Ihnen zugeordnet?
 1 2 3 4 5
- Liegt eine Behinderung vor
 nein ja Grad der Behinderung: %

Angaben zur Krankenkasse:

Name der Krankenkasse:	Versichertenstatus:
	<input type="checkbox"/> Mitglied/freiwillig versichert
	<input type="checkbox"/> Rentner
	<input type="checkbox"/> Familienversichert
Versicherten-Nr.:	Name/Geburtsdatum des Hauptversicherten:

Angehörige

Name:	Vorname:
PLZ, Wohnort:	Straße:
Telefon privat:	Telefon mobil:
Verwandtschaftsverhältnis:	
Bei Wohngruppen: Ansprechperson	



Aufnahmedaten von _____
(Vor- und Nachname)

Betreuer/Vertretungsbevollmächtig

Name

Vorname

Anschrift:

Telefon:
(Bitte Bestallungsurkunde beifügen)



Aufnahmedaten von _____

(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

Wahlleistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

grundsätzlich haben alle Patienten die Möglichkeit, unser Wahlleistungsangebot zu nutzen. Wahlleistungen sind Leistungen, die außerhalb bzw. zusätzlich zur allgemeinen Krankenhausleistung (Regelleistung) genutzt werden können. Sie werden gesondert berechnet.

Die Abrechnung von Wahlleistungen erfolgt entweder über Ihre private Krankenversicherung; Zusatzversicherung oder direkt mit Ihnen als Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung / Zusatzversicherung / Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

Wir unterscheiden Wahlleistung nach:

1. Wahlleistung Unterkunft **Ein-Bett-Zimmer oder Zwei-Bett-Zimmer**
2. Ärztliche Wahlleistung **„Chefarztbehandlung“**

Sie haben die Möglichkeit, diese Leistungen zusammenhängend oder getrennt voneinander zu wählen, d. h. Ihre Wahl eines Ein-Bett- oder Zwei-Bett-Zimmer ist nicht an die Wahlleistung „Chefarzt“ gebunden und umgekehrt.

Beantworten Sie hierfür folgende Fragen, damit wir den Aufenthalt nach Ihren Wünschen planen können.

1. Wahlleistung gewünscht:

- ja (verbindlicher Leistungswunsch) nein

(Wenn Sie „nein“ angekreuzt haben, ist die Beantwortung der weiteren Fragen nicht erforderlich)

2. Abrechnung mit:

- Private Krankenversicherung
 Zusatzversicherung
 Selbstzahler (Weiter bei Frage 5)

3. Name der privaten Kranken-/ Zusatzversicherung:

(bei privater Kranken-/ Zusatzversicherung bitte Kopie der Versicherungskarte/Klinikcard oder Tarifauszug mit Versicherungsschein beifügen)

4. Die private Kranken-/ Zusatzversicherung übernimmt:

Versicherungsleistung in % - Wahlleistung Chefarzt _____ %
- Wahlleistung 1-Bett-Zimmer _____ %
- Wahlleistung 2-Bett-Zimmer _____ %

5. Folgende Leistungen möchte ich in Anspruch nehmen:

Wahlleistung Unterkunft:

- Ein-Bett-Zimmer* 170,00 € pro Berechnungstag
 Zwei-Bett-Zimmer 55,00 € pro Berechnungstag

*Aufgrund medizinischer Erfordernisse, kann es trotz Ihres Wunsches nach einem Ein-Bett-Zimmer notwendig sein, dass Sie in einem Zwei-Bett-Zimmer untergebracht werden.

6. Ärztliche Wahlleistung „Chefarztbehandlung“

Wahlleistung Arzt: ja (gesonderte Liquidation/ Abrechnung nach GOÄ) nein

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen Frau Blunk (04523/407-525) und Frau Sämer (04523/407-343) hierfür gern zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient



Aufnahmedaten von _____
(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

VERTRAULICHE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN:

Behandelnde Ärzte:

Name des einweisenden Arztes:
(Aussteller der Einweisung)

Fachrichtung Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin Praktische/r Ärztin/Arzt Ärztin/Arzt für Neurologie Ärztin/Arzt für Innere Medizin
 Ärztin/Arzt für Psychiatrie Ärztin/Arzt für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie Ärztin/Arzt für Psychotherapeut. Medizin/Psychoanalyse

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handelt es sich bei dem einweisenden Arzt um Ihren Hausarzt? nein ja

Wenn nein, so geben Sie bitte d. Namen Ihres Hausarztes an:

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ambulant behandelnder Therapeut:

Befanden Sie sich innerhalb der letzten 2 Jahre oder befinden Sie sich in ambulanter Therapie?

nein ja Zeitraum
(seit / von bis)

Name des beh. Therapeuten: _____

Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

(Bitte Berichte beifügen.) _____

Sonstige Angaben:

Wurden Sie bereits in der Curtius Klinik behandelt?
 nein ja

Befanden Sie sich innerhalb der letzten 2 Jahre oder befinden Sie sich in teil-, stationärer psychiatrischer/psychosomatischer/psychotherapeutischer Behandlung?

nein ja Einrichtung/Therapeut Zeitraum (seit / von bis)



Aufnahmedaten von _____
(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

Medizinische Angaben:

(Bitte benutzen Sie für die Beantwortung der Fragen ggf. die Lineatur auf der folgenden Seite.)

1. Aufgrund welcher Beschwerden (körperlich und seelisch) möchten Sie in der Curtius Klinik behandelt werden?

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

3. Unter welchen Diagnosen werden Sie von Ihrem Arzt behandelt?

4. Nehmen Sie wegen o. genannter Diagnose psychopharmakologische Medikamente ein?

nein ja Wenn ja, welche u. in welcher Dosierung?

5. a) Welche weiteren Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig in welcher Dosierung?

b) Welche Medikamente nehmen Sie bei Bedarf wie häufig und in welcher Dosierung

6. Haben Sie in den letzten sechs Monaten regelmäßig Alkohol getrunken?
(Während der Behandlung in der Curtius Klinik ist der Konsum von Alkohol nicht gestattet!)

nein ja Wenn ja, was, wie viel?

7. Haben Sie in den letzten sechs Monaten Drogen (z. B. Haschisch, Kokain, Ecstasy) genommen?
(Während der Behandlung in der Curtius Klinik ist der Konsum von Drogen nicht gestattet!)

nein ja Wenn ja, was, in welcher Dosierung und wann zuletzt?

8. Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt?

nein ja Wenn ja, a) Wie?

c) In welchem Jahr haben die Selbstverletzungen begonnen?

b) Wie oft?

d) Wann haben Sie ggf. aufgehört?

9. Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein ja wann?

10. Welche weiteren wesentlichen Erkrankungen sind bei Ihnen aufgetreten?

a) früher

b) Welche bestehen zurzeit?

11. Ihre Größe beträgt: _____ cm

12. Ihr Gewicht beträgt: _____ kg

13. Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr verändert, wenn ja, wie?



Aufnahmedaten von _____
(Vor- und Nachname bitte auf jeder Seite eintragen!)

14. Bestehen Allergien bzw. wurden Lebensmittelunverträglichkeiten bei Ihnen festgestellt?
 nein ja Wenn ja, seit wann?
Bitte Kopie vom Allergiepass beifügen. Bei Lebensmittelunverträglichkeiten ist eine ärztlich Bescheinigung erforderlich.

15. Wurden Sie wegen einer körperlichen Erkrankung in den letzten 3 Monaten länger als 3 Tage stationär behandelt?
 nein ja

16. Haben Sie eine chronische Wunde?
 nein ja

17. Sind bei Ihnen in den nächsten drei Monaten medizinische Behandlungen (z.B. CT, MRT) und/oder ambulante Eingriffe (z.B. Zahn-OP) geplant?
 nein ja Wenn ja, welche?

18. Sind Sie dialysepflichtig?
 nein ja

19. Was erwarten Sie von der Behandlung in unserer Klinik?

Datenschutzerklärung/Datenfreigabe

Hinweis:

Wir weisen darauf hin, dass die Anmeldung für unsere Klinik durch unser zentrales Patientenmanagement bearbeitet wird. Wir versichern Ihnen, dass ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden sowie getätigte Einwilligungen jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden können.

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich mit der Bearbeitung meiner Anmeldung durch das Patientenmanagement einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die getätigte Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Aufnahmeplanung:

Können Sie kurzfristig anreisen? ja nein
(Dadurch kann sich die Wartezeit deutlich verringern)

Wenn ja, wie viele Tage Vorlauf benötigen Sie? _____

- Die Aufnahme ist innerhalb von 24 Stunden möglich
- Ich willige ein, dass mir die Aufnahmeunterlagen bei kurzfristiger Aufnahme per Mail übersandt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (bei Minderjährigen von mindestens einem Sorgeberechtigten)

(Unterschrift Betreuer/Bevollmächtigter)