

# Fragebogen zur Aufnahme

Bitte halten Sie am Anreisetag die Krankenversicherungskarte, den neuesten Medikamentenplan und den aktuellen Arztbericht/Einweisung bereit!

## Persönliche Angaben:

---

Name/Vorname

---

Geb.-Datum

---

Eigene Telefonnummer

---

Anreiseuhrzeit

---

Anreisedatum

---

## Ihr Familienstand:

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

getrennt lebend

---

## Wie sind Sie angereist?

Privat

Taxi

Bahn

Krankentransport

von Zuhause

vom Krankenhaus

mit Begleitperson

---

## Beruf:

Rentner/Pensionär

Rentenversicherungsträger:

---

(falls bekannt)

Rentenversicherungsnummer:

---

(falls bekannt)

---

## Ihre Krankenversicherung

---

Krankenkasse, Geschäftsstelle und Versicherungsnummer (siehe Krankenkassenkarte)

---

**Haben Sie eine private Zusatzversicherung?**

- ja  Chefarztbehandlung  
 nein  Einzelzimmer

---

**Bitte geben Sie den Namen und die Telefonnummer des nächsten Angehörigen an, der im Notfall verständigt werden soll:**

---

Name, Vorname (Ehepartner, Sohn, Tochter, etc.), Telefonnummer

---

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

---

Name, Anschrift

---

**Welcher Arzt/Welches Krankenhaus hat die Einweisung hierher veranlasst?**

---

**Wann und wo war Ihre letzte stationäre Behandlung?**

Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Aufenthalt: \_\_\_\_\_

War dieser Ihr einziger stationärer Aufenthalt dieses Jahr?  ja  nein

---

**Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung für stationäre Krankenhausaufenthalte befreit?**

ja, bitte Nachweis bereithalten

nein, dieses Jahr bereits geleistet: \_\_\_\_\_ €

---

**Besitzen Sie eine**

Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wer ist eingetragen? _____
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wer ist eingetragen? _____

---

**Besteht ein Pflegegrad?**

ja, Pflegegrad: \_\_\_\_\_

nein

---

**Haben Sie Kontakt mit**

einer Sozialstation

Essen auf Rädern

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

**Leben Sie alleine?**

ja

nein

Wer versorgt Sie zuhause? \_\_\_\_\_

---

**Leben Sie in:**

Miete

Eigentum

Müssen Sie zu Hause Treppen/  
oder Stufen steigen?

ja

nein

---

**Haben Sie Gehilfen dabei?**

Rollstuhl

Rollator

Unterarmgehstützen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

**Haben Sie Hilfsmittel dabei?**

Brille

Zahnprothese

Hörgerät

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

**Maße**

Ihre Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Ihr Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

---

### Bekannte Allergien?

ja, welche? \_\_\_\_\_

nein

---

### Sind Sie Diabetiker?

ja

nein

Therapie:

diätisch

Tabletten

Insulin

---

### Haben Sie einen Herzschrittmacher?

ja

nein

Haben Sie einen Stent?

ja

nein

---

### Benötigen Sie Begleitung zu den Therapien?

ja

nein

---

### Wird von der Klinik ausgefüllt:

Datenschutz: \_\_\_\_\_