

Fragebogen zur Aufnahme



Fachklinik
Ichenhausen

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen per Fax an 08223 99-1050
oder per E-Mail an aufnahme@fachklinik-ichenhausen.de

1. Persönliche Angaben:

Name/Vorname

Eigene Handynummer

Anreiseuhrzeit

Ihr Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

2. Aktuelle Berufstätigkeit: _____

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

Name/Vorname

(Ehepartner, Sohn, Tochter etc)

Telefonnummer

4. Wer ist Ihr:e Hausarzt:in?

Name

Ort

5. Welche:r Arzt:in / Welches Krankenhaus hat die Einweisung hierher veranlasst?

6. Wie sind Sie angereist?

Privat

Taxi

Bahn

von zuhause

Krankentransport vom Krankenhaus

7. Wann und wo war Ihre letzte stationäre Behandlung?

Krankenhaus: _____

Aufenthalt: _____

Einzigster stationärer Aufenthalt dieses Jahr?

ja

nein

8. Ihre Krankenversicherung

Krankenkasse und Geschäftsstelle

9. Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung für stationäre Krankenhausaufenthalte befreit?

Ja, bitte Nachweis bereithalten

Nein, dieses Jahr bereits geleistet _____ €

10. Haben Sie eine private Zusatzversicherung?

Chefarztbehandlung Einzelzimmer

11. Möchten Sie kostenpflichtige Zusatz- und/oder Komfortleistungen buchen?

Komforteinzelzimmer: 105 €, pro Tag

12. Benötigen Sie einen Hol- und Bringedienst in unserem Haus? ja nein

13. Besteht ein Pflegegrad? ja, Pflegegrad: _____ nein

14. Besitzen Sie eine

– Vorsorgevollmacht ja nein
– Patientenverfügung ja nein
– Gesetzliche Betreuung ja nein

15. Haben Sie Kontakt mit

einer Sozialstation Essen auf Rädern Sonstiges _____

16. Leben Sie allein? ja nein

Wer versorgt Sie zuhause? _____

17. Leben Sie: in Miete in Eigentum

Müssen Sie zu Hause Treppen/oder Stufen steigen? ja nein

18. Haben Sie Hilfsmittel dabei?

Brille Zahnprothese Hörgerät Sonstiges _____

19. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Stent? ja nein

20. Haben Sie Gehhilfen dabei?

Rollstuhl Rollator Unterarmgehstützen Sonstiges _____

21. Ihre Körpergröße: _____

Ihr Körpergewicht: _____

22. Sind Sie Diabetiker? ja nein

Therapie: Diätisch Tabletten Insulin

23. Bekannte Allergien? Wirkstoff: _____

24. Haben Sie eine Schluckstörung

ja nein

Vorbekannte Schluckbeschwerden

Bisherige Kostform:

Normalkost

eingeschränkte Kost, welche _____

Hatten Sie schon eine Lungenentzündung? nein

ja, wann _____

25. Sind Sie gegen COVID-19 geimpft?

ja wie oft _____ Datum letzte Impfung: _____ nein

Gelten Sie als COVID-19 genesen?

ja Datum d. Erkrankung: _____

nein

Haben Sie eine Versicherungskarte dabei?

ja nein

Haben Sie einen Medikamentenplan dabei?

ja nein

Haben Sie einen Arztbrief/Einweisungsschein dabei?

ja nein

Wird von der Klinik ausgefüllt:

Schnelltest

PCR

geimpft

externer PCR vom: _____

DS: _____