

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 nein ja wer ist eingetragen? _____
Patientenverfügung nein ja _____
Gesetzliche Betreuung nein 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: _____