

Aufnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____

Station: _____

Persönliche Daten - Patient

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Geburtsname: _____
Staatsangehörigkeit: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____
Handynummer: _____
E-Mailadresse: _____
Familienstand: _____
Religion*: _____
Beruf*: _____
 angestellt *selbstständig*
 Rentner *arbeitslos*
Arbeitgeber*: _____
Ort: _____

*freiwillige Angaben

Angehörige/Betreuer

Dringende Nachrichten an

1. Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____
Handynummer: _____
Adresse: _____

Verwandtschaftsgrad: _____
2. Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____
Handynummer: _____
Adresse: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Hausarzt (Name/Vorname): _____
Ort: _____

Versicherung

gesetzlich versichert *privat versichert* *private Zusatzversicherung*

Krankenkasse: _____
Versicherungsnummer: _____
(falls vorhanden)
Zusatzversicherung: _____
Versicherungsnummer: _____

Familienversichert?
Angaben zum Hauptversicherten
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf*: _____
Arbeitgeber*: _____
Ort: _____

Folgende Wahlleistungen können (kostenpflichtig) in Anspruch genommen werden! Entsprechendes bitte ankreuzen!

Einbettzimmer **Zweibettzimmer** **Chefarztwahl** **Begleitperson/Familienzimmer**

Geltungsbereich: Alle Stationen