



Bitte wenden Sie sich bei Fragen an die
Mitarbeiter der Stationären Patientenaufnahme
Mo - Do: 7:30 - 16:00 Uhr
Fr.: 7:30 - 14:00 Uhr
☎: 02330 62-3084
✉: patientenaufnahme@gkh.de

Aufnahmeschein (bitte vollständig ausfüllen!)

Patient

Aufnahmedatum	Notfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verlegung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Station/Fachabteilung	Uhrzeit
Name _____		Vorname _____		
Geburtsname _____		Geburtsdatum _____	Religion _____	
Straße _____		PLZ/Wohnort _____		
Staatsangehörigkeit _____		<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
Telefon _____		<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> getrennt	
Hausarzt _____		Anschrift Arzt _____		

Bitte Einweisungsschein oder Verlegungsbericht beifügen!

Kostenträger

Gesetzliche Krankenkasse _____	Ort _____
Versichertennummer _____	Versicherungsstatus _____ Gültig bis _____
Zuzahlungsbefreiungsausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<i>Bei Ja: Bitte den Ausweis in der Aufnahme vorlegen (oder Kopie)!</i>
Privatkasse _____	Ort _____
Versicherungsnummer _____	<i>Klinikkarte bitte in der Aufnahme vorlegen (oder Kopie)!</i>
Beihilfe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wahlleistungen Chefarzt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Begleitperson: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unterkunft: <input type="checkbox"/> 1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bett <input type="checkbox"/> Familienzimmer	
<i>Wahlleistungsvertrag bitte mit Unterschriften an die Aufnahme!</i>	
Hauptversicherter (falls nicht Patient)	Begleitperson
Name _____	Name _____
Vorname _____ Geburtsdatum _____	Vorname _____ Geburtsdatum _____
Anschrift _____	Anschrift _____

Nächster Angehöriger / Gesetzlicher Betreuer

Name _____	Vorname _____
Straße _____	PLZ/Wohnort _____
Telefon/Mobil _____	Geburtsdatum _____
Verwandtschaftsgrad _____	