

# Klinik für Manuelle Therapie

Klinik für Wirbelsäulen-, Gelenkleiden und Schmerztherapie



## Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin

voraussichtlicher Aufnahmetag: \_\_\_\_\_ Unterbringung : \_\_\_\_\_

Dieser Teil wird von der Patientenverwaltung ausgefüllt.

Feld für besondere Informationen (evtl. Terminwünsche, Besonderheiten)

### Verehrte Patientin, verehrter Patient der Klinik für Manuelle Therapie

Zur Vorbereitung Ihres stationären Aufenthaltes in unserer Klinik dürfen wir Sie bereits vorab um einige Informationen bitten. Diese Auskünfte tragen dazu bei, die Arbeiten am Aufnahmetag zu optimieren und für die Anforderungen an Ihre spezielle stationäre Behandlung rechtzeitig Vorsorge zu treffen.

**Bitte ausfüllen und an die Klinik zurücksenden – vielen Dank!**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt ausfüllen, falls vorhanden)

Nächster Angehöriger (Name, Anschrift, Telefon):

\_\_\_\_\_

Wurden Sie in unserem Haus schon einmal behandelt?  nein  ja (bitte ankreuzen)

Wenn ja, dann: stationär: welches Jahr zuletzt: \_\_\_\_\_

Sind Sie in einem Pflegegrad eingestuft? Welche Hilfe benötigen Sie konkret?

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Hilfe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Hilfsmittel benötigen Sie? (z.B. Rollstuhl, Sauerstoff- bzw. Sauerstoffgerät?)

\_\_\_\_\_

Sprechen und Verstehen Sie die deutsche Sprache?  ja  nein

Lag bei Ihnen in der Vergangenheit eine MRSA-Besiedlung vor  nein  ja  
Falls ja, fügen Sie bitte einen aktuellen negativen Test Ihres Arztes dieser Anmeldung bei.

Bestehen bei Ihnen Lebensmittelallergien bzw. –unverträglichkeiten? Wenn ja, welche:

---

**Name und Adresse Ihrer gesetzlichen Krankenkasse:**  
(bitte auch Versicherungsnummer und Versicherungsstatus angeben)

---

**Haben Sie eine private Krankenversicherung bzw. eine private Zusatzversicherung ?:**  
(falls ja, bitte Adresse und Versicherungsnummer angeben)

---

**Welche Unterbringung/Behandlung wünschen Sie:**

**Regelleistung**  
*Erstattung durch Ihre Krankenkasse*

Mehrbettzimmer  
2- bzw. 3-Bett-Zimmer

**Wahlleistungen (gegen Zuzahlung)**

- |  |               |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Einbettzimmer<br>(Neubau Wahlleistungsstation)  | 155,00 € /Tag |
| <input type="checkbox"/> Einbettzimmer (Bestand)                         | 112,00 € /Tag |
| <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer<br>(Neubau Wahlleistungsstation) | 85,00 € /Tag  |
| <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer (Bestand)                        | 70,00 € /Tag  |
| <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung                              |               |

**Welcher Arzt wird Ihnen voraussichtlich die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Einweisung) ausstellen?:**

---

Datum und Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_  
Stand: 26.06.2019