

# Klinik für Manuelle Therapie

Klinik für Wirbelsäulen-, Gelenkleiden und Schmerztherapie

**Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin**



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: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Anreise zur Klinik bis 50 km oder innerhalb 45 Minuten  ja  nein

Mobil mit Nahverkehr / eigenem PKW  ja  nein

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt ausfüllen, falls vorhanden)

Nächster Angehöriger (Name, Telefon, ggf. E-Mail):

\_\_\_\_\_

Wurden Sie in unserem Haus schon einmal behandelt?  nein  ja

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sicher sind Sie im Umgang mit der deutschen Sprache in Wort und Schrift?

ganz sicher (muttersprachlich)

komme zurecht im täglichen Leben

brauche Unterstützung

sehr unsicher

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**

2- bzw. 3-Mehrbett-Zimmer, Erstattung *durch Ihre Krankenkasse*

**Wahlleistungen (gegen Zuzahlung)**

Chefarztbehandlung

Einbettzimmer 110,00 € /Tag  
(Neubau Wahlleistungsstation)

Einbettzimmer (Bestand) 101,00 € /Tag

Zweibettzimmer 74,00 € /Tag  
(Neubau Wahlleistungsstation)

Zweibettzimmer (Bestand) 68,00 € /Tag

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

Stand: 11.03.2021