

Klinik für Manuelle Therapie

Klinik für Wirbelsäulen-, Gelenkleiden und Schmerztherapie

Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin



Feld für besondere Informationen (evtl. Terminwünsche, Besonderheiten)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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.

Wie ist Ihr aktueller Impf- oder Genesungsstatus (Covid 19)?

geimpft ungeimpft

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 150,00 € /Tag
(Neubau Wahlleistungsstation)

Einbettzimmer (Bestand) 135,00 € /Tag

Zweibettzimmer 82,00 € /Tag
(Neubau Wahlleistungsstation)

Zweibettzimmer (Bestand) 75,00 € /Tag

Datum und Unterschrift des Patienten: _____

Stand: 01.03.2023