

<input type="checkbox"/> AMBULANTES OPERIEREN	Tag:	Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> VORSTATIONÄRE BEHANDLUNG	Tag:	Fachrichtung:
<input type="checkbox"/> VOLLSTATIONÄRE BEHANDLUNG	Tag:	Uhrzeit: Station:

(Bitte ankreuzen)

**Sehr geehrter Patient!**

Unsere Mitarbeiter werden Sie in allen Fragen eingehend beraten und Ihnen stets behilflich sein. Um einen schnellen und reibungslosen Ablauf durchführen zu können, benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben, die Sie bitte in DRUCKSCHRIFT gut leserlich beantworten wollen.

**Personalien des Patienten:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Wohnort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: männlich  weiblich

Familienstand: ld  vh  vw  gs  Religion: rk  ev  versch.

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus: ja  nein

Wenn ja, Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Sind Sie in den letzten 30 Tagen im Krankenhaus stationär behandelt worden?

Wenn ja, Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Zuzahlung im Kalenderjahr bereits geleistet: ja  für \_\_\_\_\_ Tage nein

**Personalien des Versicherten bei Familienversicherung:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift, wenn vom Patienten abweicht: \_\_\_\_\_

Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Gewährung von Wahlleistungen**

Ich beantrage die Gewährung der angekreuzten Wahlleistungen:

- Vorstationäre Behandlung mit gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen
- Die Abrechnung erfolgt nach § 115 a Abs. 3 SGB V
- 1 Bett-Zimmer mit gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen
- 2 Bett-Zimmer mit gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen
- 3 Bett-Zimmer mit gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Vertreter \_\_\_\_\_