FRAGEBOGEN ZUR AUFNAHME

Fachklinik Enzensberg

Bitte ausfüllen und **vor der Anreise** zur Verfügung stellen.

m&i-Fachklinik Enzensberg • Höhenstraße 56 • 87629 Hopfen am See/Füssen
aufnahme@fachklinik-enzensberg.de

IHRE DATEN

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon-Nr.: _____

Handy-Nr.: _____ E-Mail: _____

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ ledig ☐ verwitwet ☐ geschieden

Nationalität: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Anreisetag:	

NÄCHSTER ANGEHÖRIGER

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____

Verwandschaftsverhältnis: _____

BETREUER

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? ☐ Nein ☐ Ja (bitte Vollmacht bei der Anreise vorlegen)

Wenn ja: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____

HAUSARZT

Anschrift: _____

KRANKENKASSE

Name: _____

Ort/zust. Geschäftsstelle: _____

Vers.-Nr.: _____

PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG

☐ Nein ☐ Ja, Name der Versicherung

Wenn ja, versichert für: ☐ Chefarzt ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer

Möchten Sie die Zusatzleistung in Anspruch nehmen? ☐ Nein ☐ Ja

FKE 02.05.032/digital/11.2026

RENTENVERSICHERUNG

Rententräger: ☐ DRV-Bund ☐ DRV-Nordbayern/Bayreuth ☐ DRV Bayern Süd ☐ DRV Schwaben ☐ Knappschaft/Bahn/See

☐ sonstige: _____

Rentenvers.-Nr.: _____

berufliche Tätigkeit: _____ ☐ Altersrentner ☐ Hausfrau

☐ Erwerbsunfähigkeits-Rente (**unbefristet**) ☐ Erwerbsunfähigkeits-Rente (**befristet**)

EINWEISENDER ARZT/KRANKENHAUS:

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____

Anzahl geleisteter Eigenanteil im Krankenhaus: _____

Aufnahme- und Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus: _____

ANREISEART

Wie erfolgt die Anreise? ☐ PKW/werde gebracht ☐ PKW/bleibt gg. Gebühr auf dem Klinikgelände ☐ Taxi

☐ Krankentransport ☐ Öffentliche Verkehrsmittel (Zug/Bus etc.)

Woher erfolgt die Anreise? ☐ Aus dem Krankenhaus ☐ von zu Hause

ABREISEART

Wie erfolgt die Abreise? (wenn bekannt) ☐ PKW/werde abgeholt ☐ PKW/bleibt gg. Gebühr auf dem Klinikgelände ☐ Taxi

☐ Krankentransport ☐ Öffentliche Verkehrsmittel (Zug/Bus etc.)

ALLERGIEN

Haben Sie diagnostizierte Lebensmittelallergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten, die bei Ihrer tägl. Essensverpflegung berücksichtigt werden müssen? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche: _____

_____

_____

_____

SONSTIGE ANMERKUNGEN _____

_____

_____

_____

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern hier die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.