

# FRAGEBOGEN ZUR AUFNAHME

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

m&i-Fachklinik Enzensberg • Höhenstraße 5 • 87629 Hopfen am See/Füssen  
Fax +49 8632 12-3060 • aufnahme@fachklinik-enzensberg.de

## IHRE DATEN

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Handy-Nr: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Familienstand:  verheiratet  ledig  verwitwet  geschieden

Nationalität: \_\_\_\_\_

Anreisetag:	_____
-------------	-------

## 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

## 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: \_\_\_\_\_

## HAUSARZT

Anschrift: \_\_\_\_\_

## 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 gebracht  PKW/bleibt gg. Gebühr auf dem Klinikgelände  Taxi  
 Krankentransport  Öffentliche Verkehrsmittel(Zug/Bus etc.)

## NÄCHSTER ÄNGEHÖRIGER

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.: \_\_\_\_\_

## ALLERGIEN

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

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SONSTIGE ANMERKUNGEN** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_