

Anmeldeformular zu einer stationären Behandlung

für gesetzlich krankenversicherte Patient*innen

Tel.: Abtl. Allg. Psychiatrie und Traumastation 06171 204 – 5980 Abtl. Psychotherapie 06171 204 -5900
Abtl. Suchtmedizin 06171 204 - 5930 Fax: 06171 204 - 8090
Mail: patientenmanagement@hohemark.de

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen (Arztbriefe bitte in Kopie) an folgende Adresse zurück:

DGD Klinik Hohe Mark gmbH - Aufnahmemanagement - Friedländerstraße 2, 61440 Oberursel

Bitte beachten Sie, dass Sie erst, wenn Sie von uns den Behandlungsvertrag und den Aufnahmebescheid erhalten, in der Klinik aufgenommen werden.

Einverständniserklärung zum Datenversand per E-Mail

Mir ist bekannt, dass die Datenversendung der Unterlagen des Patientenmanagements auf dem elektronischen Postweg (E-Mail) in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht grundsätzlich die Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden können.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich dem Patientenmanagement der DGD Klinik Hohe Mark gmbH hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, mir Aufnahmeunterlagen / Formulare mit Bezug auf meine Person per Mail ohne weitere Sicherungsmaßnahmen zu mailen und auch solche von mir zu empfangen:

meine Mail-Adresse lautet: _____

Ohne mein Einverständnis bzw. einer Angabe einer eMail-Adresse meinerseits, muss der Datenversand auf dem herkömmlichen Postweg erfolgen.

Meine Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen, wobei der Widerruf entweder postalisch, per eMail oder per Fax an oben genannte Fax-Nr. übermittelt werden kann.

Datum: _____



Unterschrift Patient / Betreuer*in / gesetzliche*r Betreuer*in : _____

Anmeldedaten

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich divers

PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

Straße – Haus-Nr.: _____

Tel.-Nr. privat: _____ Tel.-Nr. dienstlich: _____
(wenn Anruf geschäftlich gewünscht ist)

Handy-Nr: _____ Ihr Beruf: _____

Ihr Familienstand: ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend geschieden

1. Angehöriger / Vertrauensperson (Name, Vorname): _____

(Diese Person darf Auskunft über den Anmeldestatus erhalten und sie wird im Krankenhausinformationssystem erfasst und dient uns im Notfall als Ansprechpartner*in während Ihres Aufenthaltes)

PLZ/Wohnort: _____ Straße/HsNr.: _____

Telefon: _____ Mutter/Vater Ehepartner Familie sonstige Pers.



2. Angehöriger / Vertrauensperson (Name, Vorname):
(Diese Person darf Auskunft über den Anmeldestatus erhalten und sie wird im Krankenhausinformationssystem erfasst und dient uns
im Notfall als Ansprechpartner*in während Ihres Aufenthaltes)

PLZ/Wohnort: Straße/HsNr.:

Telefon: Mutter/Vater Ehepartner Familie sonstige Pers.

Es werden keine medizinischen und verwaltungstechnischen Auskünfte durch das zentrale Patientenmanagement während Ihres
Krankenhausaufenthaltes an Dritte weitergegeben. Bitte informieren Sie darüber Ihre Angehörigen/Vertrauenspersonen.

gesetzliche Betreuer (Name, Vorname):

Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen

PLZ/Wohnort: Straße/HsNr.:

Telefon:

Angaben zur Hausärztin / Hausarzt

Name und Anschrift:

.....

Telefon:

weiterbehandelnde Therapeut*in / einweisender Arzt/Ärztin (falls abweichend vom Hausarzt):

Name und Anschrift:

.....

Telefon:

Gesetzliche Krankenkasse (Name der Kasse):

PLZ: Ort: Versicherungsnehmer:

Versicherungs-Nummer:

Private Zusatzversicherung (Name der Versicherung):

PLZ: Ort: Versicherungsnehmer:

Vers.-Nr.:

- 1-Bett-Zi. (_____ %) 2-Bett-Zi. (_____ %) wahlärztl. Behandlung (_____ %)
 allg. Krankenhausleistung (_____ %) Krankenhaustagegeld (_____ € / Tag)

*Ich möchte folgende Leistungen aufgrund meiner privaten Zusatzversicherung oder als Selbstzahler in Anspruch
nehmen:*

- wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung): Ja Nein
Standard-/Mehrbettzimmer (je nach Verfügbarkeit): Ja Nein
Komfort- / Wahlleistungszimmer (gegen Aufpreis): 1-Bettzimmer

Anmerkung:

Die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausbehandlung und der Wahlleistungszimmer erfolgt direkt mit Ihnen als **Selbstzahler**, sofern diese Leistungen nicht bzw. nicht in voller Höhe von Ihrer privaten Krankenkasse übernommen werden. Über eine gewünschte wahlärztliche Leistung (Chefarztbehandlung) erhalten Sie eine gesonderte Rechnung über eine externe Abrechnungsstelle.

Vorauszahlung - wichtiger Hinweis für Selbstzahler:

Wenn Sie für die allgemeine Krankenhausbehandlung und / oder für die Wahlleistung Zimmer keinen Kostenträger vorweisen können, sind Sie dem Krankenhaus gegenüber **Selbstzahler** und es wird seitens des Krankenhauses eine **Vorauszahlung (VZ)** verlangt. Für die allgemeine Krankenhausbehandlung ist eine Vorauszahlung in Höhe von **5.000 €** zu entrichten, für die Wahlleistung Zimmer beträgt die Vorauszahlung **1.500 €**. Sie erhalten von uns eine schriftliche Vorauszahlungsaufforderung. Weitere Vorauszahlungsaufforderungen erhalten Sie während Ihres Aufenthaltes. Ihre Vorauszahlungen werden mit der Endrechnung verrechnet.

Die erste Vorauszahlung ist vor dem Aufnahmetag fällig.

Bitte überweisen Sie den genannten Betrag aus der Vorauszahlungsaufforderung auf folgendes Klinikkonto:

IBAN: DE20 5206 0410 0004 1201 08; **BIC** GENODEF1EK1; Evangelische Kreditgenossenschaft

Betreff: Name, Vorname, VZ Selbstzahler

Meine Aufnahme kann erfolgen: baldmöglichst / frühestens möglich ab: _____

Die Aufnahme ist **innerhalb von 24 Stunden kurzfristig** möglich: ja * nein

* Sie werden in dem Fall telefonisch von uns kontaktiert und die Anreise erfolgt so schnell wie möglich

Ich erkläre mich mit der Bearbeitung meiner Anmeldung durch das zentrale Aufnahmemanagement der DGD Klinik Hohe Mark gGmbH einverstanden.

ja nein (bei „nein“ ist eine Anmeldung bei uns leider nicht möglich)

Ort / Datum

x

Unterschrift Patient*in

Bei gesetzlicher Betreuung:

Name und Vorname (in Blockschrift)

x

Unterschrift der bevollmächtigte*r Vertreter*in