

## AVB I2-PP-PMD00 - Anmeldeformular zu einer stationären Behandlung für privatversicherte Patient\*innen

Tel.: Abtl. Allg. Psychiatrie und Traumastation 06171 204 – 5980  
Abtl. Suchtmedizin 06171 204 - 5930  
Mail: [patientenmanagement@hohemark.de](mailto:patientenmanagement@hohemark.de)

Abtl. Psychotherapie 06171 204 -5900  
Fax: 06171 204 8090

**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 in 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 in 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.

gesetzlicher 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: .....

---

**Private Krankenversicherung (Name):** .....

PLZ: ..... Ort: ..... Versicherungsnehmer: .....

Vers.-Nr.: .....

Versicherungstarif bei privater Krankenversicherung: .....

1-Bett-Zi. ( \_\_\_\_\_ %)  2-Bett-Zi. ( \_\_\_\_\_ %)  wahlärztl. Behandlung ( \_\_\_\_\_ %)  
 allg. Krankenhausleistung ( \_\_\_\_\_ %)  Krankenhaus-Tagegeld ( \_\_\_\_\_ € / Tag)

stat. Psychotherapie eingeschlossen:  ja  nein

Ausschlüsse (bestimmte Versich.-Leistungen (z.B. Sucht- / Abhängigkeitserkrankungen):  ja  nein

**Eine Kostenzusage Ihrer Versicherung wird vorab benötigt!**

***Ich möchte folgende Leistungen gemäß Versicherungstarif oder als Selbstzahler in Anspruch nehmen:***

wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung):  Ja  Nein  
Standard-/Mehrbettzimmer (je nach Verfügbarkeit):  Ja  Nein  
Komfort- / Wahlleistungszimmer (gegen Aufpreis):  1-Bettzimmer  2-Bettzimmer  
Ich zahle die Differenz zu einem Wahlleistungszimmer selbst:  ja  nein

**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:**

**x**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname (in Blockschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bevollmächtigte\*r Vertreter\*in