



Fragen zur stationären Aufnahme

Aufnahmedaten

Aufnahmetermin: _____

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: weiblich männlich Religion: _____

Schulart: _____ Klasse: _____

Anschrift:

Straße: _____ Bundesland/Land: _____

PLZ/Ort: _____ Nationalität: _____

Angehörige/Sorgeberechtigte

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Mobil: _____ Mutter geb. am: _____

E-Mail: _____ Vater geb. am: _____

Einweisungsdaten

Einweisender Arzt:

Name: _____ PLZ/Ort: _____

Straße: _____ Tel: _____

Hausarzt/Kinderarzt:

Name: _____ PLZ/Ort: _____

Straße: _____ Tel: _____

Versicherungsverhältnis

Krankenversicherung/Ort: _____ Vers.-Nr.: _____

Zusatzversicherung./Ort: _____ Vers.-Nr.: _____

Hauptversicherter:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Hilfsmittel/Betreuungsaufwand

Besondere Hilfsmittel: ja nein Wenn ja, welche _____

Besonderer Betreuungsaufwand: ja nein Wenn ja, welcher _____