

Fragebogen zur Aufnahme



Fachklinik
Herzogenaurach

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

m&i-Fachklinik Herzogenaurach • In der Reuth 1 • 91074 Herzogenaurach
Fax 09132 83-1010 • aufnahme@fachklinik-herzogenaurach.de

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Anreisetag: _____ Telefon: _____

Familienstand: _____ Nationalität: _____

Krankenkasse

Name: _____

Ort: _____

Vers.Nr.: _____

Private Zusatzversicherung: nein ja, Name: _____

Rentenversicherer: DRV Bund DRV Nordbayern/Bayreuth Knappschaft/Bahn/See

Rentenvers.Nr.: _____

Rentner oder berufliche Tätigkeit: _____

Name Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

Anreiseart: PKW Öffentliche Verkehrsmittel Krankentransport Taxi
 aus Krankenhaus von zu Hause

Hausarzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Facharzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Entlassungsbrief bekommt: Hausarzt Facharzt

Nahrungsmittelenverträglichkeit

Lebensmittelallergie

Nächster Angehöriger

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Betreuer: nein ja

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Anzahl geleisteter Eigenanteile im Krankenhaus: _____

Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus: _____