

KRANKENHAUS SALEM gGmbH
Zeppelinstr. 11-33 * 69121 Heidelberg
Patientenaufnahme/Behandlungsvertrag

Fall-Nr.: _____ Aufn.Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name: _____ Vorname: _____
Name und akad. Titel / Namensvorsätze

Geb.Datum: _____ Geb.Name: _____

Geschlecht: w m d Geb.Ort: _____

Fam.stand: verheiratet nicht verheiratet verwitwet Staatsangehörigkeit: _____

Strasse/Nr. _____ Telefon: _____

PLZ _____ Ort _____

Staat _____ Religionszugehörigkeit: _____

Beruf/ Arbeitgeber: _____
Die Angabe der Religionszugehörigkeit ist freiwillig (siehe Hinweise zur Datenverarbeitung)

Angehörige: _____
Besuch der Klinikseelsorge wird gewünscht:

Telefon: _____

Aufnahmedaten: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Fallart: stationär ambulant vorstationär ambulante OP

Aufnahmeart: Einweisung Notfall Begleitperson Entbindung

Patient kam mit Rettungswagen

einweisender Arzt: _____ Hausarzt: _____

Einweisung aus extern. KH Nur, wenn im ext. KH stationär länger als 24Std. einweisendes Krankenhaus: _____

Fachrichtung: _____ Gruppe: _____

Behandlungskategorie: AP (allgemeiner Patient) CH (Wahlleistung Arzt)* Familienzimmer*
(nur im Geburtshilflichen Zentrum)
 AP 1Bett/D* CH 1Bett/D*
 AP 2Bett/D* CH 2Bett/D*

*)Diese Leistungen müssen separat vereinbart werden. Es entstehen dadurch zusätzliche Kosten.

Krankenkasse: _____ Ort: _____ Kostenerstattungs-
verfahren gewählt:

Versichertennummer: _____

Versicherungsart: M* F* R*
*Mitglied *Familienversichert *Rentner

Bei Fam.versicherung: Hauptversicherter: _____

Geb.Datum des/der Hauptversicherten: _____

Private Versicherung: _____ Ort: _____

Versicherungsnummer: _____ Beihilfeberechtigt:

Klinikausweis lag vor Ja nein
Allgemeine Krankenhausleistungen _____ %
Übernahme 2-Bettzimmer _____ %
Übernahme 1-Bettzimmer _____ %