

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 \_\_\_\_\_ %