

**Liebe Patientin,
lieber Patient,**

*Bitte dieses Dokument vorne
in der Patientenakte belassen!*

bitte teilen Sie uns mit, ob und gegebenenfalls wem wir Informationen über Ihren Gesundheitszustand erteilen dürfen.

- ☐ Ich wünsche, dass folgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand erhalten dürfen (zur Identifikation bitte vollständig auszufüllen).

Name: _____ Telefon: _____

Verhältnis: _____ Geburtsmonat: _____

Name: _____ Telefon: _____

Verhältnis: _____ Geburtsmonat: _____

- ☐ Ich lehne jede Weitergabe von Informationen ab, auch wenn es sich um nahe Angehörige handelt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Nur bei ambulanten Eingriffen auszufüllen – Voraussetzung für Entlassung!

Wer holt Sie ab? _____

Wie alt ist diese Person? _____

Wer versorgt Sie zuhause? _____

Telefonnummer des Abholers: _____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

- bitte wenden -

Bitte bringen Sie folgenden Fragebogen vollständig ausgefüllt mit.

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	PLZ / Ort:
Telefonnummer:	Handynummer:
Email:	Familienstand:

Bei gesetzlicher Versicherung:

Krankenkasse:
Versichertennummer:

Bei privater (Zusatz-) Versicherung:

Krankenkasse:
Versichertennummer:
Beihilfe:
☐ Einbett ☐ Zweibett ☐ mit Chefarzt ☐ ohne Chefarzt ☐ Standardtarif

Hausarzt:	
Straße:	PLZ / Ort:
Einweisender Arzt:	
Straße:	PLZ / Ort:
Urologe:	
Straße:	PLZ / Ort:

Unterschrift Patient/in

Interner Hinweis: Bei Patienten ohne Versicherungskarte den Ausweis kopieren. Falls Clinixx ausfällt, die Versicherungskarte kopieren. Dokument am nächsten Werktag bis 10 Uhr in der Patientenaufnahme abgeben!

- bitte wenden -