

ANTRAG Stationäre diagnostische Abklärung

Vom einweisenden Arzt auszufüllen:

Diagnosen:

Name des Arztes

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Bitte bei Anreise eine aktuelle Krankenseinweisung mitbringen.

Vom Patienten auszufüllen:

Name / Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Größe:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

KVB-Bezirksleitung:

Beitragsklasse:

Mitglieds-Nummer:

Sind Sie zusätzlich in einer
gesetzlichen Krankenkasse versichert?

nein

ja

(Name der Krankenkasse / Ort)

Früherer Aufenthalt in der Klinik?

nein

ja,

Jahr des letzten Aufenthalts: _____

Sie können bevorzugte Kalenderwochen (KW) angeben: KW ___/___ oder KW ___/___ Jahr: ____
(Bitte Doppelwochen angeben. Deren Berücksichtigung kann nicht garantiert werden. Die Tage legt die Klinik fest.)

Könnten Sie auf Nachfrage auch flexibel zu einem früheren Termin anreisen? nein ja

Kommt Ihr/e Partner/in (separater Antrag!) auch zusammen mit Ihnen zur diagnostischen Abklärung?

Wünschen Sie bei zeitgleicher Aufnahme:

1 Doppelzimmer

2 Einzelzimmer

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____