

## 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

Begleitperson gewünscht (mind. 3 Tage)?  nein  ja (Unterbringung im Couchbett-Zimmer)  
(Eine spätere Anmeldung ist in der Regel nicht mehr möglich. Die Aufnahme kann nur werktags erfolgen.)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_