



Patientenaufnahme / Formular, S. 1

Mit der Übermittlung Ihrer Daten helfen Sie uns. Bitte füllen Sie das Datenblatt so vollständig aus, wie es Ihnen möglich ist.

Hinweis: Bitte nutzen Sie, wenn möglich, für die Aufnahme das Online-Formular, welches auf unserer Homepage www.wollmarshoehe.de zu Ihrer Verfügung steht. Alle Daten, auch mittels EDV, werden vertraulich behandelt und dienen nur der klinikinternen Bearbeitung. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Nach Erhalt des Formulars setzen uns mit Ihnen in Verbindung.

Wir sind für Sie da und beraten Sie gerne telefonisch oder per E-Mail zu allen Fragen vor der Aufnahme / Aufnahme-termin / allgemeines formales Vorgehen / Belegungsplanung. Unsere Bürozeiten sind von 8.00 bis 17.00 Uhr.

Bitte füllen Sie beide Seiten des Formulars aus. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Kontakt

Prästationäres Management

**Anna Hillebrand,
Alexandra Lacerti, Sabine Stier**

Telefon: +49 (0)7520 927-260

Fax: +49 (0)7520 2875

aufnahme@wollmarshoehe.de

Patient

Anrede	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	Geb.-Dat.	<input type="text"/>		
		Str. / Nr.	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>			Arbeitgeber	<input type="text"/>		

Versicherung

Name	<input type="text"/>			Vers.-Nr.	<input type="text"/>	
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>	
		Str. / Nr.	<input type="text"/>			
Telefon	<input type="text"/>	Sachbearbeiter:	Anrede	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>

Beihilfe

Name	<input type="text"/>			Beihilfe-Nr.	<input type="text"/>	
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>	
		Str. / Nr.	<input type="text"/>			
Telefon	<input type="text"/>	Sachbearbeiter:	Anrede	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>

Patientenaufnahme / Formular, S. 2

Einweisender Arzt

Anrede	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	Str. / Nr.	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>			E-Mail	<input type="text"/>		
Diagnose	<input type="text"/>						

(Kontaktperson)

Angehöriger

Anrede	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	Str. / Nr.	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad	<input type="text"/>				

Bitte schildern Sie kurz Ihre derzeitigen körperlichen oder seelischen Probleme und Beschwerden.

Termin

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Gewünschter Aufnahmetermin

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wichtige Hinweise

Um mit Ihnen die Behandlung schnell und fachgerecht zu beginnen, bitten wir um Überlassung etwaiger **Vorbefunde** (Kopie) **im Voraus**.

Die Unterbringung erfolgt überwiegend in Einzelzimmern mit adäquatem Standard. Die Zimmer sind individuell gestaltet und somit unterschiedlich. Zimmerwechsel während der Therapie sind nicht vorgesehen. Wir beraten Sie diesbezüglich gerne telefonisch. Bitte beachten Sie hierzu unsere Internetseiten (www.wollmarshoehe.de) unter Aufnahme / Zimmerkategorien.