

## Datenblatt für die Patientenaufnahme, S. 1

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

**Wichtig:** Bitte senden Sie dieses Formular mit Ihren Angaben zur Terminabsprache schnellstmöglich an die Klinik Wollmarshöhe. Für die Aufnahme ist die ärztliche Krankenseinweisung zwingend erforderlich. Wir empfehlen, die Kostenträger vorab zu informieren. Die Klinik führt nur stationär notwendige Krankenhausbehandlungen durch, Kuren werden **nicht** angeboten.

**Hinweis:** Bitte speichern Sie dieses Dokument auf Ihrem Computer ab, es kann nicht direkt versendet werden. Sie können es am Bildschirm ausfüllen und speichern oder ausdrucken und per Hand ausfüllen, um es dann an die Klinik per E-Mail, Fax oder Post zu senden. Wenn Ihnen das zu kompliziert erscheint, nutzen Sie bitte das [Online-Formular](#): Es lässt sich einfach online ausfüllen, direkt versenden und Sie erhalten automatisch eine Kopie an Ihre E-Mail-Adresse.

Bei technischen, formellen oder medizinischen Fragen stehen wir Ihnen jederzeit und gerne telefonisch zur Beratung zur Verfügung. Bitte füllen Sie beide Seiten des Formulars aus. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

### Kontakt

Prästationäre Anfragen /  
Patientenmanagement:

**Gottfried Wetzel oder  
Anna Hillebrand**

**Telefon:** +49 (0)7520 927-260

**Fax:** +49 (0)7520 2875

[aufnahme@wollmarshoeh.de](mailto:aufnahme@wollmarshoeh.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"/>

## Datenblatt für die Patientenaufnahme, 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

  
  
  


Gewünschter Aufnahmetermin

## Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

### Aufnahmebedingungen

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 "[Leistungsübersicht / Erstattungen](#)". Hier finden Sie die Wahlleistungen und jeweils aktuellen Informationen, um das Aufnahmeverfahren zu erleichtern.

**Nach Eingang dieses Datenblattes erhalten Sie umgehend einen verbindlichen Aufnahmetermin bzw. setzen wir uns telefonisch oder schriftlich mit Ihnen in Verbindung.** Der Aufnahmetermin ist erst verbindlich nach schriftlicher Bestätigung durch die Klinik.

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



QR-Code:  
Zum online-  
Aufnahmedatenblatt /  
Homepage