

**Schön Klinik Bad Arolsen**

Postadresse: Schön Klinik Beratung - Schön Klinik Holding SE - Schlüterstraße 39 - 10629 Berlin

Tel.: +49 8051 6952060 Fax: +49 8051 6955127 E-Mail: klinikberatung@schoen-klinik.de Internet: www.schoen-klinik.de

**ANMELDEBOGEN Schön Klinik Bad Arolsen für JUGENDLICHE**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich  Divers

Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. dienstlich: \_\_\_\_\_  
(Wenn Anruf geschäftlich gewünscht ist.)

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte bestätigen Sie uns, dass wir mit Ihnen per E-Mail kommunizieren dürfen. Diese Kommunikation würde transportverschlüsselt (TLS 1.2 oder besser) erfolgen. Sofern Sie Ihr Einverständnis nicht erklären, wird als Kommunikationsweg der Postlauf gewählt. Daraus können sich zeitliche Verzögerungen ergeben.

**Ich bin einverstanden:**

**Ich bin nicht einverstanden:**

1. Familienmitglied / Vertrauensperson (Name, Vorname): \_\_\_\_\_  
(darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten)

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

2. Familienmitglied / Vertrauensperson (Name, Vorname): \_\_\_\_\_  
(darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten)

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte bestätigen Sie uns, dass wir mit den o.g. Vertrauenspersonen unter Umständen per E-Mail kommunizieren dürfen. Diese Kommunikation würde transportverschlüsselt (TLS 1.2 oder besser) erfolgen. Sofern Sie Ihr Einverständnis nicht erklären, wird als Kommunikationsweg unter Umständen der Postlauf gewählt. Daraus können sich zeitliche Verzögerungen ergeben.

**Ich bin einverstanden:**

**Ich bin nicht einverstanden:**

Gesetzliche Betreuungsperson (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Liegt Ihrer gesetzlichen Betreuungsperson die Gesundheitsfürsorge vor? Ja  Nein   
- bitte Kopie Betreuerausweis beifügen, sofern die Gesundheitsfürsorge vorliegt -

Gesetzliche Betreuungsperson darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten unter folgender Adresse:

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Bitte bestätigen Sie uns, dass wir mit der o.g. Betreuungsperson per E-Mail kommunizieren dürfen.  
Diese Kommunikation würde transportverschlüsselt (TLS 1.2 oder besser) erfolgen. Sofern Sie Ihr Einverständnis nicht erklären, wird als Kommunikationsweg unter Umständen der Postlauf gewählt.  
Daraus können sich zeitliche Verzögerungen ergeben.

**Ich bin einverstanden:**

**Ich bin nicht einverstanden:**

Ärztin,Arzt / Therapeutin,Therapeut mit Name, Ort (darf Auskunft über Anmeldestatus erhalten):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Ich war bereits in der Schön Klinik Bad Arolsen in Behandlung:  Ja  Nein

**Gesetzliche Krankenkasse** (Name der Kasse): \_\_\_\_\_

- bitte Kopie Versicherungskarte, Vorder- und Rückseite, beifügen -

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Beihilfestelle** bei beihilfeberechtigten Personen (Name der Beihilfestelle): \_\_\_\_\_

Versicherungstarif bei Beihilfe:

2-Bett-Zi. ( \_\_\_\_\_ %)  Wahlärztl. Behandlung ( \_\_\_\_\_ %)

Allg. Krankenhausleistung ( \_\_\_\_\_ %)

Name, Vorname des Beihilfeempfängers: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

des Beihilfeempfängers:

Straße des Beihilfeempfängers: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort des Beihilfeempfängers: \_\_\_\_\_

**Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung** (Name der Versicherung): \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungstarif bei privater Krankenversicherung:

- bitte Kopie Klinikcard oder Tarifauszug mit Versicherungsschein beifügen -

1-Bett-Zi. ( \_\_\_\_\_ %)  2-Bett-Zi. ( \_\_\_\_\_ %)  Wahlärztl. Behandlung ( \_\_\_\_\_ %)

Allg. Krankenhausleistung ( \_\_\_\_\_ %)  Krankenhaustagegeld ( \_\_\_\_\_ € / Tag)

**Ich möchte folgende Leistungen in Anspruch nehmen:**

(gemäß Versicherungstarif oder als Selbstzahler)

**Wahlleistung Schön Premium Plus** (Ein-Bett-Zimmer)

**Wahlleistung Schön Premium** (Zwei-Bett-Zimmer)

**Wahlärztliche Behandlung** (gesonderte Liquidation nach GOÄ)

**Regelleistung:** Unterbringung Allgemeinstation im Mehrbettzimmer

Bei weiteren Fragen zu den Wahlleistungen wenden Sie sich bitte an die Schön Klinik Beratung.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenversicherung ggf.

über das Ergebnis meiner Fallprüfung informiert wird

Ja

Nein

Haben Sie einen Reha-Antrag für Psychosomatik gestellt?

Ja

Nein

(Bitte beachten Sie, dass eine Rehabilitationsbehandlung nur innerhalb der Schön Klinik Bad Bramstedt möglich ist.)

Besteht ein laufendes Erwerbsminderungsrentenverfahren?

Ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Nein

Besteht ein laufendes Altersrentenverfahren?

Ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Nein

Sind Sie bereits berentet?

Ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Nein

**Meine Aufnahme ist frühestens möglich ab:** \_\_\_\_\_  so bald wie möglich

(bei Änderungen zum Terminwunsch melden Sie sich bitte rechtzeitig)

Die Aufnahme ist **innerhalb von 24 Stunden** kurzfristig möglich.  Ja\*  Nein

\*Hierdurch kommen Sie zusätzlich auf unsere Warteliste für kurzfristige Anreisen, was ggf. zu einer schnelleren Aufnahme führen kann.

Ich benötige \_\_\_\_\_ Tage Vorlaufzeit (max. 5 - 10 Tage seitens Schön Klinik möglich).

## Datenschutzerklärung / Datenfreigabe

### Hinweis:

Wir weisen darauf hin, dass die Anmeldung für unsere Klinik durch unser zentrales Patientenmanagement bearbeitet wird. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Es kann jedoch sein, dass Ihr Krankheitsbild in unserer Klinik nicht behandelt werden kann, oder die Wartezeiten unzumutbar lang sind. Unter Umständen gibt es eine Möglichkeit, Sie mit den uns vorliegenden Unterlagen in einer anderen Schön Klinik anzumelden.

Diese Anmeldung in einer anderen Schön Klinik erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen vorherigen Zustimmung.

### **Einverständniserklärung:**

Ich erkläre mich mit der Bearbeitung meiner Anmeldung durch das zentrale Patientenmanagement der Schön Klinik Beratung einverstanden.

Ja       Nein      (Bei "Nein" ist eine Anmeldung in der Schön Klinik Bad Arolsen leider nicht möglich.)

Sofern eine Aufnahme in der Schön Klinik Bad Arolsen nicht möglich sein sollte, bin ich an einer klinikübergreifenden Beratung und Vermittlung innerhalb der Schön Kliniken interessiert.

Zum Zwecke der Kontaktaufnahme dürfen die im Anmeldebogen angegebenen Telefonnummern verwendet werden.

Im Falle einer von mir akzeptierten Alternativklinik bin ich mit der Weitergabe aller vorliegenden Unterlagen (inklusive der medizinischen Dokumentation) an diese Klinik einverstanden.

Ich erkläre mich mit dem oben vorgestellten Ablauf einverstanden.

Ja       Nein

Zudem bin ich damit einverstanden, dass die behandelnden Ärztinnen/ Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten, die meine Anmeldeunterlagen bearbeiten, Einblick in die Krankengeschichte meiner Vorbehandlungen nehmen dürfen, sofern ich in dieser Klinik schon einmal in stationärer Behandlung war oder ein Vorgespräch hatte.

Ja       Nein

Mir ist bekannt, dass ich die getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift\* Interessent:in / Patient:in: \_\_\_\_\_

\*auch bei Minderjährigen ist eine Anmeldung ohne die persönliche Unterschrift nicht möglich

Bei minderjährigen Personen zusätzlich Unterschrift von **mindestens einer sorgeberechtigten Person:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift sorgeberechtigte Person: \_\_\_\_\_

Ich handle als **Vertreterin/Vertreter mit Vertretungsvollmacht** bzw. **gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher Betreuer:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift\* Vertreter:in / Betreuer:in: \_\_\_\_\_

\*Unterschrift nötig, sofern die Gesundheitsfürsorge vorliegt

**Hinweis: Sie selbst können zu einer schnelleren Bearbeitung Ihrer Anmeldung beitragen!**

Kontrollieren Sie vor Abgabe Ihrer Unterlagen, ob Ihre Anmeldung **gut lesbar ausgefüllt** ist, alle Angaben **vollständig beantwortet/angekreuzt** wurden und alle **erforderlichen Unterschriften geleistet** wurden.

**Senden Sie Ihre Unterlagen** (in Kopie) **an folgende Adresse:**

Schön Klinik Holding SE - Schön Klinik Beratung - Bahnhofstr. 21-23 - 83022 Rosenheim

oder **gerne per E-Mail** an: [klinikberatung@schoen-klinik.de](mailto:klinikberatung@schoen-klinik.de) (Bitte beachten Sie, dass Sie die E-Mail einschließlich des Anhangs verschlüsseln sollten, um die Vertraulichkeit der Daten zu gewährleisten. Sofern Ihr Provider die E-Mail nicht automatisch oder über S/MIME verschlüsselt, können Sie, sofern Sie PGP als Verschlüsselungsverfahren verwenden, den Public-Key herunterladen unter <https://www.schoen-klinik.de/pgpkey>.)

Tel.: +49 8051 6952060 Fax: +49 8051 6955127 Internet: [www.schoen-klinik.de](http://www.schoen-klinik.de)

## Bestätigung Sorgerecht

Sehr geehrte Sorgeberechtigte, sehr geehrter Sorgeberechtigter,

für die reibungslose Bearbeitung der Anmeldeunterlagen Ihres Kindes benötigen wir Ihre Unterstützung.

Einer Behandlung in den Schön Kliniken müssen Sie als sorgeberechtigte Person zustimmen.

Daher bitten wir Sie, das Formular **ausgefüllt und unterschrieben** den Anmeldeunterlagen beizufügen oder nachzusenden.

Sobald uns das **ausgefüllte und unterschriebene** Formular vorliegt, können wir Sie im System aufnehmen und im Regelfall über den Anmeldeprozess informieren, sofern Ihre Daten nicht bereits im Anmeldebogen aufgeführt sind.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Klinikteam

### Von den Sorgeberechtigten auszufüllen

**Gemeinsame Ausübung des Sorgerechts**

Wir, Frau / Herr \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

und Frau / Herr \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

üben das **gemeinsame Sorgerecht** für unsere Tochter / unseren Sohn

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ aus.

**Alleinige Ausübung des Sorgerechts**

- bei alleinigem Sorgerecht ist bitte eine Kopie der **amtlichen Bestätigung** beizulegen -

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

übe das **alleinige Sorgerecht** für meine Tochter / meinen Sohn

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ aus.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift sorgeberechtigte Person

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift sorgeberechtigte Person