

Schön Klinik Tagesklinik 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**Tagesklinik Bad Arolsen**

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 Tagesklinik 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): _____

Private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung (Name der Versicherung): _____

PLZ: _____ Ort: _____

Vers.-Nr.: _____

Versicherungstarif bei Beihilfe / privater Krankenversicherung:

Bitte informieren Sie sich, ob Ihr Kostenträger die Wahlärztliche Behandlung bei Teilstationär übernimmt.
- bitte Kopie Klinikcard oder Tarifauszug mit Versicherungsschein beifügen -

Wahlärztl. Behandlung (_____ %) Allg. Krankenhausleistung (_____ %)
(gemäß Versicherungstarif oder als Selbstzahler)

Ich möchte folgende Leistungen in Anspruch nehmen:

(gemäß Versicherungstarif oder als Selbstzahler)

Wahlärztliche Behandlung (gesonderte Liquidation nach GOÄ)

Regelleistung: Unterbringung Allgemeinstation

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

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 Tagesklinik 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 Tagesklinik nicht behandelt werden kann oder ggf. eine stationäre Behandlung in einer unserer Kliniken geeigneter wäre. Unter Umständen gibt es die 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 Tagesklinik Bad Arolsen leider nicht möglich.)

Sofern eine Aufnahme in der Schön Klinik Tagesklinik 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 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: _____

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

oder **gerne per E-Mail** an: linikberatung@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