

**Schön Klinik Berchtesgadener Land**

Postadresse: Schön Klinik Holding SE - Schön Klinik Beratung - 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 Berchtesgadener Land**

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 Berchtesgadener Land 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 ( \_\_\_\_\_ %)

**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 Ein-Bett-Zimmer**

**Wahlleistung Zwei-Bett-Zimmer**

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

**Regelleistung:** Unterbringung auf der Allgemeinabteilung

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

**Meine Anmeldung gilt für:**

eine stationäre **Krankenhausbehandlung**

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 Berchtesgadener Land leider nicht möglich.)

Sofern eine Aufnahme in der Schön Klinik Berchtesgadener Land 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 - Schlüterstraße 39 - 10629 Berlin

oder **gerne per E-Mail** an: [linikberatung@schoen-klinik.de](mailto: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](http://www.schoen-klinik.de)