

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Aufnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____ Station: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____ Tel.-Nr. _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Fam.-Stand: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Name des einw. Arztes / Krankenhauses:

Anschrift: _____

Name des Hausarztes:

Anschrift: _____

Name des Lungenfacharztes: _____ Ort: _____**Versicherungsdaten: (nur ausfüllen, wenn Karte nicht vorhanden)**

Name der Krankenkasse: _____ Ort: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Status: selbst versichert familienversichert Rentner **Befreiung Zuzahlung:** ja nein
Bei Familienversicherung:

Name des Hauptversicherten: _____ Geburtsdatum: _____

Name der Privat - oder Zusatzversicherung:

Versicherungs-Nr: _____ Ort: _____

Wahlleistungen - bitte ankreuzen
 Chefarztwahl
 1-Bett Wahlleistung (kostenpflichtig)
 2-Bett Wahlleistung (kostenpflichtig)
Bei Privatversicherung:**Angabe des Prozentsatzes, den die Versicherung übernimmt:**
 %
Versicherter Basistarif: ja**Name, Vorname des nächsten Angehörigen:** _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Bitte ankreuzen:
 Ehepartner Mutter/Vater Kind Lebensgefährte
 Schwester Bruder Vormund Sonstige
Wiederaufnahme: nein ja wann zuletzt hier: