

**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: