

AUFNAHMEANTRAG

für Patienten, die belegärztliche Leistungen in Anspruch nehmen

An die Verwaltung der St. Anna-Klinik, Obere Waiblinger Straße 101, 70374 Stuttgart
Ich beantrage:

- für mich selbst
 für den Patienten

Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Postleitzahl, Ort:

die Aufnahme in die St. Anna-Klinik zur stationären Behandlung zu den allgemeinen Vertragsbedingungen des Krankenhauses vom 01.06.1995. Die Verpflichtung erstreckt sich nicht auf die belegärztlichen Leistungen, zu diesen gehören:

- seine persönlichen Leistungen
- der ärztliche Bereitschaftsdienst
- die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses
- die in dem selben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden
- die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (§2 Abs. 3 BPfIV).

Der Belegarzt berechnet seine Leistungen gesondert.

Ich bin ausdrücklich auf die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und den Tarif für stationäre Leistungen (Pflegekostentarif) hingewiesen worden.

Ich hatte die Möglichkeit, in zumutbarer Weise von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen, und erkläre mich damit einverstanden.

Eine Ausfertigung des Pflegekostentarifs habe ich erhalten sowie Hinweise für die Leistungsbereiche:

1. Unterkunft und Verpflegung
2. Pflege
3. Sonstige medizinische Versorgung (Die ärztliche Versorgung der Belegärzte ist hierbei nicht enthalten; sie wird gesondert berechnet; vgl. I./1a des Pflegekostentarifs)

Diese Leistungsbereiche sind aufgrund wirklichkeitsnaher Schätzung ermittelt worden.

Zur Qualitätssicherung werden in der St. Anna-Klinik Patientenidentifikationsarmbänder getragen.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass im Rahmen des von mir bzw. zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus geschlossenen Vertrages Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie für die Behandlung notwendige Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Wahrung der Voraussetzungen nach §24 BDSG an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können.

Datum:

Unterschrift: _____



St. ANNA-KLINIK

Eine Einrichtung der St. Anna gGmbH

Aufnahmeblatt:

Stationär

Ambulant

Abteilung:

Entbindung

Gynäkologie

Chirurgie

Augenheilkunde

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name, Vorname: _____ weibl.: _____ männl.: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____

Religion: _____ Nationalität: _____

Familienstand: _____ Geburtsname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (Patient): _____

Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Behandelnder Arzt in der St. Anna-Klinik: _____

Zuweisender Arzt: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Mitglied Rentner Familienversichert ► (Bitteangaben zum Hauptversicherten machen)

Hauptversicherter: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Zusatzversicherung: _____ Versicherungsnummer: _____

Wie sind Sie versichert? Bitte ankreuzen ► 1 Bett Zimmer 2 Bett Zimmer Privatärztliche Verrechnung

Zusätzliche Leistungen **gegen Berechnung**: _____

Angaben zu Angehörigen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____