



Kontaktdaten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____

Telefon: _____

Handy/Mobil: _____

E-Mail: _____

Aufnahmetag: _____

OP Termin: _____

Operateur: _____

Operation: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Tel. Nr. Angehöriger: _____

Versicherungsangaben:

Privat versichert

Name der privaten Krankenversicherung _____ Anteil % _____

wenn bekannt / Versicherungsnummer: _____

reduzierte Tarife / mit Eigenanteilm bei der Erstattung: Basistarif

Beihilfestelle: _____ Anteil % _____

Wahlleistungen:

Einbettzimmer (nach verfügbarer Kapazität) (100€ pro Nacht)

Zweibettzimmer (70€ pro Nacht) Dreibettzimmer

BARMER (IV-integrierte Versorgung)

Haben sie eine private Zusatzversicherung für Wahlleistung ja nein

Einbettzimmer (100€ pro Nacht) Zweibettzimmer (70€ pro Nacht)

Kostenübernahme/Kostenzusage der gesetzlichen Krankenkasse

Kosmetische Operationen / Selbstzahler

Ernährungsweise: normal Vegan Vegetarisch

Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien: Laktoseintoleranz Gluten

Vorerkrankungen: !ALLE! physische und psychische Beeinträchtigungen

Medikamenteneinnahme: Dauermedikation, sowie Akut- und Bedarfsmedikamente

Bisherige Operationen und Eingriffe:

Allergien und Unverträglichkeiten (Medikamente, Verbandsmaterial)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit bzw. Richtigkeit ihrer gemachten Angaben.

Hannover, den

Unterschrift des Patienten