

Aufnahmeformular

**Bitte in DRUCKSCHRIFT
ausfüllen!**

- Fachabteilung:** Klinik für Angiologie
 Klinik für Gefäßchirurgie
 Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie
 Klinik für Kardiologie
 Klinik für Rehabilitation

I. Patient

Zu- (ggf. Geburtsname) und Vorname:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Staatsangehörigkeit:

Geburtsdatum: Geburtsort: Land:

PLZ: Wohnort: Straße:

Arbeitgeber:

Zurzeit ausgeübter Beruf:

Nächste Angehörige, zu verständigende Person:

Name: Telefon:

PLZ: Wohnort: Straße:

Aufnahmetag des vorausgehenden Krankenhausaufenthalts*:

Entlassungstag des vorausgehenden Krankenhausaufenthalts*:

**Info wichtig für die Errechnung der KH-Zuzahlungen*

II. Hausarzt

Name: Fachrichtung: Telefon:

PLZ: Ort: Straße:

III. Kostenträger / Krankenkasse

Name des Kostenträgers:

Ort:

Mitgliedsart: Pflichtvers./ Familienvers./ Rentenvers./ freiw. versichert:

Vers.Nr.:

IV. Kostenträger / Selbstzahler - bei Selbst- oder Zuzahler -

Name der Privatversicherung:

PLZ: Ort: Straße:

Klinik-Card-Nr. (bitte vorlegen):

- Bei Anspruch auf Beihilfe bitte Bestätigung vorlegen! -

V. Rentenversicherungsträger:

Deutsche Rentenversicherung:

Aufnahmeformular

Hinweise zur Zuzahlung

a) Wenn die gesetzliche Krankenkasse Kostenträger ist

Mit Wirkung vom 1. Januar 2004 wurden die gesetzlichen Vorschriften dahingehend geändert, dass der Versicherte vom Beginn der Krankenhauspflege an innerhalb eines Kalenderjahres für **längstens 28 Tage**

- in allen Bundesländern: 10,- €

pro Tag an das Krankenhaus zu zahlen hat. Der entsprechende Betrag wird Ihnen nach der Entlassung in Rechnung gestellt. Wir bitten Sie, diesen Betrag auf das angegebene Konto unter Verwendung Ihrer Fallnummer und Ihres Namens zu überweisen.

Das Krankenhaus leitet die Beträge an die Krankenkasse weiter.

Die Zuzahlungspflicht besteht **nicht** bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und entfällt ebenso bei einigen Krankenkassen, die die Zuzahlung direkt mit ihren Versicherern abrechnen.

Sind bereits Zahlungen für das laufende Kalenderjahr entrichtet worden, bitten wir um Vorlage einer **Quittung**.

Stellt die Krankenkasse fest, dass Zuzahlungen zu Unrecht geleistet wurden, so werden die überzahlten Beträge von der Krankenkasse erstattet.

b) Wenn der Rentenversicherungsträger Kostenträger ist

Bei einer Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Anschlussgesundheitsmaßnahme (AGM) gilt eine Zuzahlungsfrist von 14 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres. Die Zuzahlung für die Zeit der Akutbehandlung, die zur AHB geführt hat, wird hierauf angerechnet.

Die Rentenversicherungsträger fordern den zu zahlenden Betrag selbst ein.