

Barcode

Aufnahmetag

Uhrzeit

Station

Ich beantrage

☐ allgemeine Pflegekasse

**die gesondert berechenbare
Wahlleistung**

☐ privatärztliche
(Chefarzt-) Behandlung

☐ Unterbringung im
Einbett-Zimmer

☐ Unterbringung im
Zweibett-Zimmer

Konfession*

Gynäkologe

Beruf

Arbeitgeber

Krankenkasse

Name/Ort

☐ selbst versichert

☐ mit versichert bei *(Bitte um nachstehende
Angaben zum Hauptversicherten)*

Vor- & Zuname

Geburtsdag

Beruf

Arbeitgeber

Zusatzversicherung

Angaben zur Mutter

Vorname

Geburtsname

Nachname

Geburtsdag

Geburtsort

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon

E-Mail

Staatsangehörigkeit

Familienstand

☐ ledig

☐ verheiratet

seit

Ort

☐ eingetr. Lebensgem.

seit

Ort

☐ geschieden

seit

☐ verwitwet

seit

Angaben zum Neugeborenen

Krankenkasse des
Neugeborenen

versichert über ☐ Mutter ☐ Vater

Das wievielte Kind?

Bitte wenden

Für die Anmeldung Ihres Kindes bitten wir Sie, Ihr Familienstammbuch und 20,- Euro (Gebühr) in der Patientenaufnahme abzugeben.

Für die standesamtliche Meldung sind folgende Daten erforderlich:

Angaben zum Kindsvater

Vorname	
Geburtsname	
Nachname	
Geburtstag	
Geburtsort	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Telefon	
E-Mail	
Staatsangehörigkeit	

1. Ich beantrage die Aufnahme in das Diakonie - Klinikum Schwäbisch Hall in die Allgemeine Pflegeklasse mit/ ohne Sonderleistungen (AGB) und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben zu meiner Person.
2. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) und den Pflegekostentarif für Benutzerentgelte des Hauses erkenne ich an. Verbindliche Auskunft über Kostenangelegenheiten wird durch das Personal der Patientenaufnahme erteilt.
3. Einwände gegen diesen Vertrag sind schriftlich oder in geeigneter Form innerhalb 24 Stunden der Patientenaufnahme mitzuteilen.
4. Ich stimme zu, dass im Rahmen des mit mir abgeschlossenen Aufnahmevertrages personenbezogene Daten über mich gespeichert, verarbeitet und, soweit medizinisch erforderlich, an Dritte übermittelt werden. Diese Daten unterliegen ab 1. Januar 1978 den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

* Für die Krankenhausseelsorge:
(Diese Angabe ist freiwillig)

☐ Ich bin damit einverstanden, dass der Seelsorger meiner Konfession eine Mitteilung mit meinem persönlichen Daten erhält.

☐ Die hier aufgeführten Punkte zu den Themenfeldern Aufnahme, Allgemeine Geschäftsbedingungen, Widerrufsrecht und Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Schwäbisch Hall, den

Unterschrift der Patientin

DIAK