



Anmeldebogen stationär

Klinik Roderbirken – Roderbirken 1 – 42799 Leichlingen

Tel. Empfang : 02175 / 82 - 01
Tel. Aufnahme : 02175 / 82 - 2031 / 2032
Fax Aufnahme : 02175 / 82 - 1972

www.klinik-roderbirken.de
E-Mail: aufnahme@klinik-roderbirken.de

Angaben zu Ihrer Person

männlich weiblich divers

Staatsangehörigkeit : _____

Name, Vorname : _____

Familienstand : _____

Geb.Datum : _____

Beruf : _____

Straße : _____

Religion : _____

PLZ / Wohnort : _____

Dürfen wir Ihre Religionszugehörigkeit an die evangelische Klinikseelsorge oder den katholischen Besuchsdienst weitergeben?

Größe / Gewicht : _____ cm / _____ kg

Telefon : _____

ja

nein

E-Mail : _____

(Mit Nennung Ihrer E-Mail-Adresse stimmen Sie auch der Kommunikation per E-Mail zu)

Ich trete die stationäre Rehabilitationsmaßnahme am _____ an.
Anreisezeit von **8:30 Uhr bis 10:00 Uhr**. Bitte melden Sie sich bei Ihrer Ankunft am Empfang unserer Klinik.

Ich kann die stationäre Rehabilitation zum oben angegebenen Termin ausfolgenden Gründen nicht antreten : _____

Meine Neuterminierung ist frühestens möglich ab : _____

(Bei einer Neuterminierung melden wir uns erneut bei Ihnen)

Vertrauensperson, die im Notfall von uns benachrichtigt werden soll

(z.B. Familienmitglied, Bekannter oder Freund)

Name, Vorname : _____

Telefonnummer : _____

Beziehungsschlüssel (Ehefrau, Tochter, Bruder etc.): _____

Haben Sie eine gesetzliche Betreuungsperson?

ja

nein

(Hierzu benötigen wir eine Kopie des Betreuerausweises, sofern die Gesundheitsfürsorge vorliegt)

Name, Vorname : _____

Telefonnummer : _____

Straße : _____

PLZ / Ort : _____

Haben Sie eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht?

ja

nein

(bitte bringen Sie ggf. eine Kopie des Dokumentes zur Aufnahme in unserer Klinik mit)



Waren Sie schon einmal Patient unserer Klinik?

ja

nein

In welchem Krankenhaus waren Sie zuletzt? : _____

Hilfsmittel

(Benötigen Sie während Ihres Aufenthaltes bestimmte Hilfsmittel?)

Rollstuhl

Sauerstoffkonzentrator inkl. Tank (unbedingt mitbringen)

Schlafapnoegerät (unbedingt mitbringen)

Prothese

Sonstige Hilfsmittel: _____

Krankenkasse

Name Ihrer Krankenkasse : _____

Ort : _____

Hausarzt

Name Ihres Hausarztes: _____ Telefon : _____

Straße : _____ PLZ / Ort : _____

Arbeitgeber

Name Ihres Arbeitgebers : _____

Straße : _____ PLZ / Ort : _____

Wir bieten in unserer Klinik folgende Leistungen gegen *gesonderte Abrechnung* an. Möchten Sie diese in Anspruch nehmen? Wenn ja, bitte ankreuzen:

Ärztliche Wahlleistungen (Chefarztbehandlung)

Nichtärztliche Wahlleistungen (Unterkunft) – begrenzte Verfügbarkeit

Begleitperson auf Ihrem Zimmer (Bitte vorab Kontaktaufnahme)

Hinweis: Bitte senden Sie uns diesen ausgefüllten Anmeldebogen unbedingt kurzfristig zurück. Dies ist postalisch möglich oder gerne per E-Mail oder Fax an die oben genannten Kontaktdaten unserer Aufnahme.