

**Sehr geehrte\*r Patient\*in,  
sehr geehrte werdende Eltern,**

um eine korrekte und vollständige Erfassung Ihrer Daten in unser Krankenhaus-Informationssystem zu gewährleisten, benötigen wir folgende Informationen:

Allgemeine Angaben zur Person	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Konfession (freiwillige Angabe)	
Aktuelle Adresse	Straße
	PLZ, Ort
Telefonnummern	Festnetz
	Mobil
	Notfall-Nr.
E-Mail-Adresse	
Hausarzt:	
Facharzt:	

Gewünschte Wahlleistungen	
Chefarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zimmer	<input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer
	<b>Bei Schwangerschaft</b> <input type="checkbox"/> Familienzimmer bei Verfügbarkeit
Begleitperson	
Wenn ja, für:	Name
	Vorname
	Geburtsdatum
	Adresse

Angaben zum Versicherungsstatus		
<b>Kostenträger</b>	Gesetzliche Krankenkasse	
	Versicherungs-Nr.	
	Private Zusatzversicherung	
	Versicherungs-Nr.	
	Private Zusatzversicherung	
	Versicherungs-Nr.	
	<b>Beihilfe:</b>	
	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nein	
	<b>Wenn familienversichert:</b>	
	Hauptversicherte(r):	
	Adresse	
	Geburtsdatum	
	<b>Angaben bei Schwangerschaft:</b>	
	Ist die Hebammenleistung in der privaten Zusatzversicherung enthalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gilt die private Vers. auch für den Sgl. ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Über wen wird der Sgl. versichert sein?	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	
Welche Versicherung?		
Nachname des Kindes		

### Wichtiger Hinweis:

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Für Rückfragen und weitere Informationen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhausverwaltung jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

**Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!**

**Ihre Krankenhausverwaltung**