

Aufnahmefragebogen

Bitte füllen Sie die Felder in gut leserlicher Schrift aus und senden Sie den Aufnahmefragebogen vor Ihrem Aufenthalt an uns zurück.

Vielen Dank!

1. Angaben zur Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon/Handy: _____ Angehörige Tel: * _____

E-Mail-Adresse: _____

*Diese Person wird im Notfall informiert

Gesetzlich versichert:

Gesetzlich (Kostenerstattungsprinzip) versichert:

Krankenkasse: _____

Krankenkassennummer: _____

Versichertennummer: _____

Versichertenstatus: Selbstversichert

Familienversichert

Rentner

Privat versichert:

Adresse der

Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Chefarztbehandlung erwünscht: ja nein

Wahlleistungen: _____

Besteht eine amtliche Betreuung: nein

ja durch _____

Bereich: _____

Telefonnummer: _____

2. Angaben zum Aufenthalt

Psychosomatik Rehabilitation

Akutstationär Psychosomatik Fachkrankenhaus

3. Wie wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam?

Krankenkasse

Einweisende Klinik: _____

Haus- oder Facharzt

Durch Bekannte

Zeitschrift

Internet

Anzeige

Aufnahmefragebogen

4. Angaben zur körperlichen Leistungsfähigkeit

- Können Sie längere Wegstrecken ohne fremde Hilfe zurücklegen? nein ja
- Können Sie gehen, ohne einen Stock/ eine Gehstütze zu verwenden? nein ja
- Wenn nein, welche Hilfsmittel benutzen Sie? _____
- Können Sie mehrere Treppen hinaufgehen? nein ja
- Können Sie Ihren Alltag alleine bewältigen? ja nein
- Pflegegrad? ja, Grad ____ nein

Da unser Therapiekonzept auf Sport und Bewegung als tragende Säule basiert, bitten wir Sie hier um ehrliche Angaben, vielen Dank.

5. Angaben zur Kostform

Unverträglichkeit/ Allergie gegenüber:

- Histamin Fructose Milcheiweiß
- Lactose Gluten Nüsse
- Lebensmittel: _____
- Sonstige: _____

Bitte senden Sie uns vor Anreise einen **Allergiepass** oder eine **Bescheinigung Ihres Arztes** zu, damit die Küche die allergiegerechte Kostform gewährleisten kann, vielen Dank.

Gewünschte Kostform :

- reguläre Kostform (Vollkost)
- Reduktionskost (Trennkost)
- vegetarische Kostform

6. Möchten Sie uns noch etwas Wichtiges mitteilen?

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Herzlichen Dank! Ihr Fachklinik St. Lukas Team

*In unserer Fachklinik wird alles getan, um Ihre Patientendaten zu schützen. Ihre Daten werden zweckgebunden für Ihren Aufenthalt verarbeitet und gespeichert. Nach Ablauf der gesetzlichen Frist von 10 Jahren werden die Daten vernichtet. Eine unbefugte Nutzung durch Dritte ist nicht möglich.