

Anmeldeformular Patienten/Externe Ärzte

Patientin / Patient

Frühere Aufenthalte im UKBB ja nein

Name _____

Vorname _____

Geschlecht m w Geburtsdatum _____

Staatsangehörigkeit _____ Sprache _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____

Familienstand _____ Konfession _____

Geburtsland _____ Heimatort _____

Ausweisdokument / Nummer _____

Eltern / gesetzliche Vertretung

Mutter Vater Andere

Name und Vorname der gesetzl. Vertretung _____

Lediger Name Mutter _____

Adresse der gesetzlichen Vertretung _____

Beruf der gesetzlichen Vertretung _____

Name des Arbeitgebers _____

Adresse / PLZ / Ort des Arbeitgebers _____

Telefon tagsüber / Geschäft _____

Arztangaben

Name des einweisenden Arztes _____

Adresse / PLZ / Ort _____

Name des Hausarztes _____

Adresse / PLZ / Ort _____

Eintrittsdiagnose / ICD-Code _____

Versicherung / Invalidenversicherung

Grundversicherung / Sektion / Nummer _____

Zusatzversicherung / Sektion / Nummer _____

In der Versicherung seit _____

Allgemein Privat Halbprivat

Invalidenversicherung / Sektion / Nummer _____

Sie erklären sich weiterhin damit einverstanden, dass die Eintrittsdiagnose an den Kostenträger weitergereicht wird. Falls die Behandlung nicht durch einen Garanten (Krankenkasse, Versicherung, IV) gedeckt ist, verpflichten Sie sich, die anfallenden Kosten zu übernehmen.

Datum _____ Unterschrift _____