

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung Ihrer Aufnahme bitten wir Sie, den nachfolgenden Beleg auszufüllen und uns **möglichst kurzfristig zurückzusenden**.

**Folgende Angaben benötigen wir, um die Kostenübernahme für Ihren Aufenthalt mit Ihrem Kostenträger zu klären:**

**Angaben zur Person:**

geplanter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geb.dat.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Bitte zuständigen Rentenversicherungsträger ankreuzen

LVA

BfA

Bundesknappschaft

Seekasse

Bahnversicherungsanstalt

**Folgende Angaben können Sie uns freiwillig zur Information und Verwendung überlassen:**

**Konfession** (für die Betreuung durch die Krankenseelsorge):

---

**Hausarzt** (zum Übermitteln Ihrer Befunde):

---

**Angehörige, Anschrift / Telefon** (zum Benachrichtigen):

---

**Familienstand:**

---

Wir möchten Sie darüber informieren, daß wir nur die Daten erheben, die notwendig sind. Die Verarbeitung und Weitergabe erfolgt nach den gültigen gesetzlichen Regelungen über den Datenschutz (§ 27 Thür. Krankenhausgesetz).

---

**Wahlleistungen:**

Sie haben die Möglichkeit, gesondert berechenbare Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören die

Privatärztlichen Leistungen durch den Chefarzt

Unterbringung in einem Einbettzimmer:

Unterbringung einer Privatbegleitperson:  
im Patientenzimmer

Möchten Sie diese beantragen, geben wir Ihnen gern weitere Auskünfte und senden Ihnen den Vertrag über die Vereinbarung von Wahlleistungen zu.

Ihre Krankenhausverwaltung