

Kontaktdaten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____

Telefon: _____

Handy/Mobil: _____

E-Mail: _____

Aufnahmetag: _____

OP Termin: _____

Operateur: _____

Operation: _____ stationäre Re ☐ ☐ Ja
Nein

Größe: _____ Gewicht: _____

Tel. Nr. Angehöriger: _____

Versicherungsangaben:

☐ **Privat versichert**

Name der privaten Krankenversicherung _____ Anteil % _____

wenn bekannt / Versicherungsnummer: _____

reduzierte Tarife / mit Eigenanteil bei der Erstattung: ☐ Basistarif

Beihilfestelle: _____ Anteil % _____

Wahlleistungen:

☐ Einbettzimmer (nach verfügbarer Kapazität) (100€ pro Nacht)

☐ Zweibettzimmer (70€ pro Nacht) ☐ Dreibettzimmer

☐ **BARMER (IV-integrierte Versorgung)**

Haben sie eine private Zusatzversicherung für Wahlleistung ☐ ja ☐ nein

☐ Einbettzimmer (100€ pro Nacht) (nach verfügbarer Kapazität) ☐ Zweibettzimmer (70€ pro Nacht)

☐ **Kostenübernahme/Kostenzusage der gesetzlichen Krankenkasse**

☐ **Kosmetische Operationen / Selbstzahler**

Ernährungsweise: ☐ normal ☐ Vegan ☐ Vegetarisch

Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien: ☐ Laktoseintoleranz ☐ Gluten

Vorerkrankungen: !ALLE! physische und psychische Beeinträchtigungen

☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Lungenembolie

Medikamenteneinnahme: Dauermedikation, sowie Akut- und Bedarfsmedikamente

Bisherige Operationen und Eingriffe:

Allergien und Unverträglichkeiten (Medikamente, Verbandsmaterial)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass das Rauchen vor und nach der OP untersagt ist!

Bei Fragen/Unklarheiten wenden Sie sich bitte an das Pflegepersonal.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit bzw. Richtigkeit ihrer gemachten Angaben.

Hannover, den

Unterschrift des Patienten