

Der Jägerwinkel Privatklinik GmbH Jägerstraße 29 83707 Bad Wiessee

Der Jägerwinkel Privatklinik GmbH
Patientenverwaltung
Jägerstraße 29
83707 Bad Wiessee

Sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, uns bis spätestens **10 Tage** vor Ihrer Anreise den ausgefüllten Fragebogen unterschrieben zukommen zu lassen, **sowie eine medizinische Unterlage** (Arztbrief, Befundbericht oder ärztlicher Antrag). Gerne können Sie Ihre Daten faxen (08022 819 147) per E-Mail senden (patientenmanagement@jaegerwinkel.de) oder die Daten telefonisch mit uns abstimmen (08022 819 0).

Bitte haben Sie Verständnis, dass Aufenthalte in unserer Klinik ohne Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bzw. physikalischer Therapien **nicht möglich** sind!

Allgemeine Daten:

Anreisetag/Uhrzeit _____ / _____ Uhr Anreise mit PKW? Kennzeichen _____

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Tel. Nr. _____

Email / Mobil _____

Medizinische Daten:

Hauptdiagnose (Bitte beachten Sie den Zusatz für **Schmerzpatienten!**)

Nebendiagnosen _____

Lebensmittelallergie ja, folgende _____

nein, Spezielle Kostform _____

Sind Sie Diabetiker ja nein

Benötigen Sie Hilfe bei...

Körperpflege ja etwas Hilfe nein

An- und Auskleiden ja etwas Hilfe nein

Bett- bzw. Stuhltransfer ja etwas Hilfe nein

Mobilität gut brauche Hilfe immobil

Treppen ja nein

Pflegestufe vorhanden ja nein

Benötigte Hilfsmittel: Gehwagen Gehstützen Rollstuhl

Toilettenaufsatz Krankenbett

(Bitte geben Sie Ihre Körpergröße an: _____ cm)

Med. Berichte / Op. Berichte

Folgende Berichte liegen mir bereits vor:

- Arztbrief des Hausarztes / behandelnden Facharztes
- Entlassungsbericht der Klinik / vorläufiger Entlassungsbericht
- Röntgenbilder / CT oder MRT Bilder / CD mit Bilddaten (**bitte diese unbedingt mitbringen!**)

Zusatz für Patienten der Schmerztherapie:

Bitte bringen Sie Ihre MRT Bilder, die nicht älter als 3 Monate sind, mit zur Aufnahmeuntersuchung. Sollten Ihnen keine oder keine aktuellen MRT Bilder vorliegen, kann eine ggf. notwendige Diagnostik nach gemeinsamer Abstimmung auch in unserem Zentrum für Diagnose und Therapie in München durchgeführt werden. Wir weisen Sie darauf hin, dass sich der Beginn der Therapie ohne diese Dokumentation ggf. verzögern kann. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt oder kontaktieren Sie uns unter 08022 819 571 (Fachabteilung Orthopädie).

- Medikamentenplan
- andere med. Berichte _____

Adresse einweisende Klinik:

Adresse einweisender Arzt

Hausarzt

Name	Name	Name
Straße	Straße	Straße
PLZ Ort	PLZ Ort	PLZ/Ort

Daten zur Kostenübernahme:

Kostenträger I (Krankenversicherung): _____ Vers. Nr. _____

Kostenübernahme: Ja Nein wird beantragt

Kostenträger II (Beihilfe): Ja Nein Stelle: _____ 50 % 70 %

Kostenübernahme: Ja Nein wird beantragt Personal Nr. _____

Ich übernehme die Gesamtkosten für den Aufenthalt selbst Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden? Arzt/Klinik Internet Presse Empfehlung

Nähere Angaben (z.B. Name, Adresse) _____

Kontaktperson für Notfälle

Name, Vorname _____

Tel. Nr. _____

Email _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten (Name, Anschrift und Email-Adresse) zum Zweck der Kontaktaufnahme durch die Klinik per E-Mail, Telefon oder Post, zum Empfang eines Newsletters oder weiterer Informationen gespeichert, genutzt und verarbeitet werden können. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft schriftlich widerrufen Ja Ja, mit Ausnahme des Newsletters Nein

Bitte reisen Sie am Aufnahmetag bis spätestens 13:00 Uhr an!

Datum: _____

Unterschrift: _____