



## AUFNAHMEBOGEN

<b>Nachname</b>		<b>Geburtsname</b>	
<b>Vorname</b>		<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Geburtsort</b>			
Straße, Nr.		Telefon	
PLZ, Wohnort		Landkreis	
Ausgeübter Beruf (freiwillige Angabe)			
<b>Arbeitgeber</b>			
		Telefon	
<b>Familienstand</b>			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauerhaft getrennt lebend			
<b>Religionsgemeinschaft (freiwillige Angabe)</b>			
<input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sonstige			
<b>Geschlecht</b>			
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
<b>Staatsangehörigkeit</b>			
<b>Versicherungsverhältnis</b>			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Familienangehöriger des gesetzlich Versicherten <input type="checkbox"/> privat-versichert			
<b>Nur bei Familienangehörigen</b>			
Nachname des Hauptversicherten		Vorname des Hauptversicherten	
Geburtsdatum			
<b>Welche Krankenkasse übernimmt die Kosten der Behandlung?</b>			
Name			
Versicherungsnummer			
<input type="checkbox"/> <b>Zusatzversicherung</b>		Bitte ankreuzen falls versichert oder gewünscht:	
		<input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> privates Einbettzimmer <input type="checkbox"/> privates Zweibettzimmer	
Name			
Versicherungsnummer			
<input type="checkbox"/> <b>Selbstzahler</b>			
<b>Berufsgenossenschaft</b>			
Bei Arbeitsunfall bitte zuständige Berufsgenossenschaft angeben			

- stationäre Behandlung
- vorstationäre Behandlung
- ambulante Behandlung
- teilstationäre Behandlung

- von Zuhause
- aus einem anderen Krankenhaus
- aus einem Alten-Pflegeheim
- von einem Geburtshaus

Aufnahmedatum / Uhrzeit

Station                      Zimmer-Nummer

Bitte genau und vollständig ausfüllen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

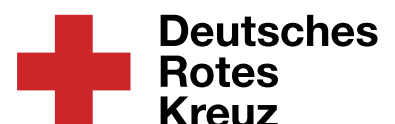
**ROTKREUZKLINIKUM MÜNCHEN  
GEMEINNÜTZIGE GMBH**  
 Rotkreuzplatz 8  
 80634 München  
 Telefon 089 / 1303-0  
 Fax 089 / 1303-1855  
 rotkreuzklinikum-muenchen@swmbrk.de  
 www.rotkreuzklinikum-muenchen.de  
 www.kliniken-schwesternschaft-muenchen.de

Geschäftsführung:  
 Alexandra Zottmann  
 Aufsichtsratsvorsitzende:  
 Generaloberin Edith Dürr

Bank für Sozialwirtschaft AG  
 IBAN DE85 7002 0500 0009 8568 00  
 BIC BFSWDE33MUE

Amtsgericht München HRB 155502  
 St.-Nr. 143 / 237 / 65015  
 USt-IdNr. DE239833728

Akademisches Lehrkrankenhaus der  
 TU München





Einweisender Arzt / Einweisender Frauenarzt	
Name	
PLZ, Ort	Straße, Nr.
Hausarzt	
Name	
PLZ, Ort	Straße, Nr.
Wer soll im Notfall verständigt werden? (auch Bekannte, Freunde, etc. möglich)	
Name / Verwandtschaftsgrad	Telefon
PLZ, Ort	Straße, Nr.
Betreuer	
Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.	
Ich verpflichte mich, soweit kein gesetzlicher Kostenträger eintritt, die Kosten der Behandlung zu tragen.	
Es ist mir bekannt, dass das Krankenhaus nur für Geld und Wertsachen haftet, die ihm zur Aufbewahrung gegen Quittung übergeben worden sind.	
<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen	
<input type="checkbox"/> <b>Unterschrift des Patienten</b>	
<input type="checkbox"/> oder des gesetzlichen Vertreters	
<input type="checkbox"/> oder des Bevollmächtigten	
<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor	
<input type="checkbox"/> Vollmacht wird nachgereicht	
Ort, Datum	Unterschrift