



Aufnahmebogen	
Nachname	Geburtsname
Vorname	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geburtsort
Straße, Nr.	Telefon
PLZ, Wohnort	Landkreis
Ausgeübter Beruf (freiwillige Angabe)	
Arbeitgeber	
Name	Telefon
Familienstand	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauerhaft getrennt lebend	
Religionsgemeinschaft (freiwillige Angabe)	
<input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sonstige	
Geschlecht	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Wer soll im Notfall verständigt werden?	
Name/Verwandschaftsgrad	Telefon
PLZ, Ort	Straße, Nr.
Betreuer	
Krankenkasse	
Name	Versicherungsnummer
Versicherungsverhältnis	
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Familienangehöriger des gesetzlich Versicherten <input type="checkbox"/> privat-versichert <input type="checkbox"/> Zusatz-versichert	
Nur bei Familienangehörigen	
Vorname und Nachname des Hauptversicherten	Geburtsdatum
Zusatzversicherung	
Name	Versicherungsnummer
<b>Bitte ankreuzen falls versichert oder gewünscht:</b> <input type="checkbox"/> Chefarzt-behandlung <input type="checkbox"/> privates Einbettzimmer <input type="checkbox"/> privates Zweibettzimmer	
Selbstzahler	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Berufsgenossenschaft	
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  
 Tel. 089/1303-0  
 Fax 089/1303-1855  
 rotkreuzklinikum-muenchen@swmbrk.de  
 www.rotkreuzklinikum-muenchen.de

**Geschäftsführung**  
 Dr. Günther Flämig

**Aufsichtsratsvorsitzende**  
 Generaloberin Edith Dürr

**Bankverbindung**  
 SozialBank AG  
 IBAN DE37 3702 0500 0009 8568 00  
 BIC BFSWDE33XXX

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

Akademisches Lehrkrankenhaus  
 der TU München

Bitte wenden



<b>Einweisender Arzt / Einweisender Frauenarzt</b>	
Name	
PLZ, Ort	Straße, Nr.
<b>Hausarzt</b>	
Name	
PLZ, Ort	Straße, Nr.
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.	
Ich bin damit einverstanden, dass für wissenschaftliche und statistische Zwecke die über mich erhobenen Daten, ohne Nennung meines Namens, verwendet werden können.	
<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	
<b>Ort, Datum</b>	<b>Rechtsgültige Patienten-Unterschrift/Vertreter</b>