REHABILITATIONS- & PRÄVENTIONSZENTRUM
BAD BOCKLET

Anmeldebogen

für Privatpatienten / Selbstzahler

zur **stationärer Behandlung** im Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Tel.Nr. _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Meine Anmeldung gilt ☐ für eine stationäre Krankenhausbehandlung

☐ für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Sanatoriumskur)

☐ Reha ☐ AHB (Anschlussrehabilitation)

Ich wünsche eine Behandlung in folgender Fachabteilung **(zutreffendes bitte ankreuzen):**

☐ Psychosomatik ☐ Innere Medizin / Onkologie ☐ Urologie

☐ Orthopädie ☐ Geriatrie

Bitte nur eine Abteilung gemäß der Hauptdiagnose ankreuzen. Sollten Sie sich hier bei der Angabe unsicher sein, können Sie uns vorab auch gerne medizinische Unterlagen zur Prüfung zur Verfügung stellen.

Terminwunsch: _____ ☐ so schnell wie möglich

Private Krankenversicherung

Name, Adresse _____ Anteil: ___ %

_____

Versicherungs-Nr.: _____

Telefon-Nr. _____ Fax-Nr. _____

Beihilfestelle

Name, Adresse _____ Anteil: ___ %

_____

Beihilfe-/Personalnummer: _____

Telefon-Nr. _____ Fax-Nr. _____

Ich bin: ☐ selbstversichert ☐ familienversichert ☐ Selbstzahler ☐ beihilfeberechtigt

Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers (falls vom Versicherten abweichend):

_____

_____

Ich nehme zur Kenntnis dass mir folgender Tagespflegesatz je nach gewählter Fachabteilung in Rechnung gestellt wird:

Orthopädie:	Reha/Akut:	134,68 €	AHB:	146,32 €
Innere Medizin/ Onkologie	Reha/Akut:	135,76 €	AHB:	146,91 €
Urologie	Reha/Akut:	126,88 €	AHB:	138,22 €
Psychosomatik	Reha/Akut:	145,74 €		
Geriatrie	Reha:	210,00 €		

zzgl. der aktuell gültigen Kurtaxe in Höhe von 2,40 € pro Tag.

Der jeweils genannte Tagespflegesatz beinhaltet Standardunterkunft, Vollverpflegung, pflegerische Betreuung, Anwendungen sowie Stationsarztbehandlung. Ärztliche Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) ist exklusive.

Ich wünsche die Aufnahme zu folgenden Bedingungen **(zutreffendes bitte ankreuzen):**

☐ Ärztliche Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) gem. Vereinbarung § 2 der Gebührenordnung für Ärzte

☐ sonstige (nichtärztliche) Wahlleistungen

Unterbringung
(Fachabteilungen Psychosomatik, Innere Medizin, Urologie, Orthopädie):

☐ Standard Einzelzimmer - Blick in den Laub- und Nadelwald (ca. 15 m²)
ohne Aufpreis

☐ Einzelzimmer - Blick ins herrliche Saaletal/ Sonnenseite (ca. 15 m²)
Aufpreis 8,00 € pro Tag / 50,00 € pro Woche

☐ Doppelzimmer zur Alleinbenutzung - Blick in den Laub- und Nadelwald (ca. 29 m²)
Aufpreis 50,00 € pro Tag / 350,00 € pro Woche **(nur nach Rücksprache und bei Durchführung einer Reha möglich)**

☐ Doppelzimmer zur Alleinbenutzung - Blick ins herrliche Saaletal/ Sonnenseite (ca. 29 m²)
Aufpreis 58,00 € pro Tag / 400,00 € pro Woche **(nur nach Rücksprache und bei Durchführung einer Reha möglich)**

☐ Ich benötige aus medizinischen Gründen ein Allergiezimmer (ohne Aufpreis)

Fachabteilung Geriatrie:

In unserer geriatrischen Fachabteilung erfolgt die Unterbringung standardmäßig im 2-Bett-Zimmer.

☐ Einzelzimmer – Aufpreis 30,00 € pro Tag

Wichtiger Hinweis: Die vorstehende Wahlleistung (nichtärztliche) bieten wir unter dem Vorbehalt an, dass die gewählte Unterbringung zum Zeitpunkt der Aufnahme zur Verfügung steht und keine medizinischen Gründen dagegen sprechen. Mit der Vereinbarung der oben gewählten Wahlleistung verpflichten Sie sich als Selbstzahler zur Entrichtung des genannten Entgelts. Wir raten Ihnen vorab zu prüfen ob Ihre Krankenversicherung/ Beihilfestelle die entstehenden Kosten erstattet.

1. Stationäre Krankenhausbehandlung

Unsere Klinik ist als gemischte Krankenanstalt anerkennt. Die Einweisung in unsere Akutklinik erfolgt durch Ihren behandelnden Arzt. Er stellt Ihnen einen ärztlichen Bericht sowie eine Krankenhauseinweisung zur Beantragung der Kostenübernahmeerklärung bei Ihrer Krankenkasse aus. Da wir keine reine Akutklinik sind, benötigen Sie vor Behandlungsbeginn ebenfalls die schriftliche Kostenzusage.

2. Wahlleistungen

Unsere Klinik bietet Ihnen ärztliche und sonstige (nichtärztliche) Wahlleistungen an. Diese werden Ihnen zusätzlich zum oben genannten Tagespflegesatz in Rechnung gestellt. Zur Erläuterung der wahlärztlichen Leistungen darf ich Sie auf die Vereinbarung gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte verweisen.

3. Hinweise

Sollte eine Änderung der Tagespflegesätze nach Ihrer Unterschrift des Anmeldebogens erfolgen, behalten wir uns vor Ihnen den neuen Tagespflegesatz ab dessen Gültigkeit in Rechnung zu stellen.

Der Erstattungsanteil der privaten Krankenversicherung richtet sich nach Ihrer jeweiligen tariflichen Vereinbarung. Die Höhe der von der zuständigen Beihilfestelle zu leistenden Zuzahlung errechnet sich auf der Grundlage der jeweils anwendbaren Beihilfeverordnung. Mir ist bekannt, dass ich selbst die Verantwortung trage, die genauen Beträge mit meiner privaten Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle abzuklären.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihre Zustimmung zum Schriftverkehr zwischen dem Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet und den von Ihnen angegebenen Versicherungsträgern. Sollte dies Ihrerseits nicht gewünscht sein, bitten wir Sie uns dies schriftlich vor Anreise mitzuteilen.

Die Rechnungen die ich für meinen Aufenthalt erhalte, werde ich innerhalb von 14 Tagen ausgleichen.

_____

Datum und Unterschrift des Patienten