



Liebe Patientin,

Sie möchten zur Operation zu uns in die Klinik kommen. Damit Sie sich von Anfang an gut aufgehoben fühlen, möchten wir Sie bitten, dieses Formular - gern auch online - vollständig auszufüllen und zeitnah - per Mail, Fax oder Post an uns zurückzuschicken. Denn auf Grundlage Ihrer Informationen können wir Ihre Operation und Ihren Aufenthalt in der Klinik optimal planen und vorbereiten. Selbstverständlich behandeln wir Daten streng vertraulich.

Persönliche Angaben

Ihr Name:

Ihr Vorname:

Ihre Adresse:

Ihr Geburtsdatum:

Unter welcher Handy-Nr. können wir Sie bei Bedarf erreichen?

Unter welcher Mail-Adresse können wir Sie benachrichtigen?

Wen sollen/dürfen wir ggf. nach der Operation benachrichtigen?

Unter welcher Telefon-Nummer erreichen wir diese Person Ihres Vertrauens?

Angaben zur Krankenversicherung

Sofern Sie **gesetzlich** versichert sind:

Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse sind Sie versichert?

Haben Sie für die stationäre Behandlung eine private Zusatzversicherung?

Ja

Falls ja, bei welcher Gesellschaft wurde der Vertrag abgeschlossen?

Nein

Sind Sie bei Medikamentenverordnungen von der Zuzahlung befreit?

- Ja
 Nein

Sofern Sie **privat** versichert sind:

Bei welcher privaten Krankenversicherung sind Sie versichert?

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe?

- Ja
 Nein

Wichtig für Patientinnen mit einer **stationären Zusatzversicherung** und **privat versicherte Patientinnen**

Welche Leistungen umfasst Ihr Versicherungsvertrag?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Privatärztliche Behandlung
 Unterbringung im 1-Bett-Zimmer
 Unterbringung im 2-Bett-Zimmer

Für den Fall, dass Sie im Rahmen Ihrer stationären Zusatzversicherung auch die privatärztliche Behandlung mitversichert haben, nehmen Sie bitte unbedingt mit Ihrer Versicherung Kontakt auf, **bevor Sie diesen Fragebogen an uns zurücksenden**. Die Versicherung muss Ihnen nämlich vor Beginn der Behandlung die **Kostenübernahme für die privatärztliche Behandlung bestätigen**. Bitte lassen Sie uns dann auch eine Kopie dieser Kostenübernahme zukommen.

Sind Sie berufstätig und benötigen Sie nach Ende des stationären Aufenthalts eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung?

- Ja
 Nein

Erste medizinische Informationen

Welcher **Frauenarzt** hat Ihnen unsere Klinik empfohlen und die Einweisung für die Operation ausgestellt?

E-Mail: operation@klinikdrhartog.de, Tel.: 0521 96432-65

Sprechzeiten: Mo., Mi. und Fr. 14:00 Uhr - 16:00 Uhr, Di. 10:30 - 12:30 Uhr und 14:00 - 16:00 Uhr

Welche Diagnose(n) hat Ihr Frauenarzt auf der Überweisung notiert?

Welche Operation ist vorgesehen?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Mithilfe. Wir werden Ihre Informationen zeitnah auswerten und melden uns dann telefonisch oder per Mail bei Ihnen, um einen Operationstermin mit Ihnen zu vereinbaren und die nächsten Schritte zu planen.

Ihr Team der Klinik Dr. Hartog/Klinik am Park

E-Mail: operation@klinikdrhartog.de, Tel.: 0521 96432-65

Sprechzeiten: Mo., Mi. und Fr. 14:00 Uhr - 16:00 Uhr, Di. 10:30 - 12:30 Uhr und 14:00 - 16:00 Uhr