

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: \_\_\_\_\_