

Internationales Krankenhaus-Anmeldeformular (German)

Seite 21 / 21

Angaben zur Versicherung

22) Versicherung: _____

Name der Versicherungsgesellschaft

23) Tel.nr. _____ - _____ - _____

24) Fax _____ - _____ - _____

25) _____ 26) _____

Name d. Versicherten

Verhältnis zum Patienten

27) Policenr.: _____ 28) Gruppe Nr.: _____

29) Anspruch: _____

30) Versicherungsadresse: _____

Um sicher zu stellen, dass Ihr Antrag beizeiten bearbeitet wird, benachrichtigen Sie bitte Ihre Versicherungsgesellschaft über Ihren Krankenhausaufenthalt.

Angaben zum Arbeitgeber

31) Arbeitgeber: _____ 31) Berufstätigkeit: _____

32) Anschrift des Arbeitgebers: _____

33) Tel.nr. des Arbeitgebers: _____ - _____ - _____

Vorige Krankenhausaufenthalte

34) Wurden Sie bereits in dieses Krankenhaus eingewiesen? Ja Nein

34a) Falls ja, bitte Einlieferungsdaten angeben:

Sonstiges

Bitte stellen Sie dem Krankenhaus alle wichtigen Unterlagen wie Ihren Passport, Personalausweis, Versicherungskarte oder Versicherungspolice zur Verfügung.

Anmerkungen:

