

## Eingangsfragebogen der vita nova kliniken Bad Salzuflen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Art der Versicherung:                      privat                      gesetzlich

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt?

Name der Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Personal-/Beihilfenummer: \_\_\_\_\_

Name der privaten  
Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

versicherte Leistungen:                      Einbett                      Zweibett                      Ärztliche Leistungen

Haben Sie körperliche Begleiterkrankungen und/oder sind Sie in Ihrer Bewegung eingeschränkt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liegt ein Pflegegrad vor, falls ja welcher?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Liegt eine Schwerbehinderung vor, falls ja aufgrund welcher Krankheit?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt, z.B. gegen Medikamente, Nahrungsmittel?

Falls vorhanden legen Sie bitte eine Kopie Ihres Allergiepasses bei.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ambulante Behandler

(Bitte geben Sie den vollständigen Namen, sowie Adresse und Telefonnummer des Behandlers an.)

Hausarzt/Internist:

---

---

Psychiater:

---

---

Psychotherapeut:

---

---

Weitere:

---

---

---

---

Waren Sie bereits in psychiatrischer, psychosomatischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung?  
Bitte geben Sie den jeweiligen Zeitraum, den Behandler bzw. das Krankenhaus und soweit bekannt die  
Behandlungsdiagnose an. Sollten Sie Befunde haben, legen Sie diese bitte bei.

stationär:

---

---

---

ambulant:

---

---

---

