

## Patientenaufnahmebogen

Aufnahmedatum:	Aufnahmeuhrzeit:	Station:
Geburtsdatum:	Familienname:	Vorname:
Geburtsname:	Geburtsort	männl.: weibl.:
Familienstand:	Religion: *	Staatsangehörigkeit:
Strasse und Hausnummer:		
Postleitzahl:	Wohnort:	
Telefon:		
<b>* Angabe freiwillig</b>		
Krankenkasse (genaue Anschrift):		
Versichertennummer:	Gültig bis:	
Private Krankenversicherung	Ja:	Nein:
Name der Versicherung:	Vers.Nr:	
Privatärztliche Behandlung gewünscht?:	Ja:	Nein:
Hauptversicherter (nur ausfüllen bei Familienversicherung)		
Familienname:	Vorname:	
Geburtsdatum:		
Angehörige (Notadresse)		
Name:		
Anschrift + Telefon:		
Hausarzt:	Anschrift:	
Facharzt:	Anschrift:	
<b>nur ausfüllen im BG-Fall!</b>		
Arbeitgeber (genaue Anschrift):		