

Marienhospital Aachen GmbH · Postfach 10 11 51 · 52011 Aachen

Anmeldung Casemanagement

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse mit Versicherungsnummer:

Beihilfe (Name und Zeichen): _____

Rentenversicherung (Name und Nummer): _____

Telefonnummer (Festnetz und Mobil): _____

Aufnahmedatum: _____ OP Datum: _____ Geplante Operation: _____

Größe (in cm): _____ / Körpergewicht (in kg): _____ Pflegegrad: _____

Angehörige: _____

Betreuung: O ja: _____

Werden Sie durch einen Pflegedienst versorgt? ja nein notwendig

Welcher Pflegedienst? _____

Möchten Sie eine REHA? ja nein **Direktverlegung?** ja nein

Ambulant Stationär **Einzelzimmer (ggf. mit Zuzahlung)** ja nein

Ist Rezept für Physiotherapie erforderlich? ja nein

Wunschorte/Kliniken (evtl. nur nach Genehmigung des Kostenträgers möglich):

Wohnsituation: _____ Etage; Aufzug: ja nein; **alleinlebend:** ja nein

Sind Sie berufstätig? ja (Rentenversicherungsnummer erforderlich!) nein

Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit: _____

Sind Sie bereits arbeitsunfähig? ja nein

Bei Arbeitslosigkeit ist Kalenderjahresbescheinigung erforderlich!

Sind Sie berentet? **Erwerbsminderungsrente** ja nein **Altersrente** ja nein

Sind Hilfsmittel vorhanden? O nein O ja welche? _____

Sind Hilfsmittel notwendig? O nein O ja welche? _____

Welches Sanitätshaus soll informiert werden? _____

Anmerkungen: _____

Marienhospital Aachen
MVZ am Marienhospital GmbH
Seniorenzentrum St. Severin
Seniorenzentrum Marienheim
Servicezentrum Häusliche Pflege – SHP

CaseManagement
Direktwahl: 0241/6006-2891
Fax: 0241/6006-2899
E-Mail: entlassmanagement@marienhospital.de