

**Patientenaufnahme**

**Personalien**

<b>Aufnahmedatum</b>		<b>Fachrichtung</b>	
<b>Familienname</b>		<b>Vorname(n)</b>	
<b>Geburtsname</b>		<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Straße/Hausnr.</b>		<b>PLZ/Ort</b>	
<b>Angehörige</b>			
<b>Telefon</b>			
<b>Krankenkasse</b>			
<b>Vers. – Nr.</b>			
<b>Zusatzversicherung</b>			
<b>Vers. - Nr.</b>			
<b>Einweisender Arzt</b>			
<b>Hausarzt</b>			

<b>Wahlleistungen (werden zusätzlich in Rechnung gestellt)</b>	
<input type="checkbox"/>	Ärztliche Leistungen durch Chefarzte
<input type="checkbox"/>	Einbettzimmer
<input type="checkbox"/>	Zweibettzimmer