

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer stationären/teilstationären Behandlung auf der der **Komfortstation (Haus C, Station 6)** unseres Krankenhauses.

Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen aufmerksam durch und beantworten Sie bitte möglichst vollständig unsere Fragen, damit wir Sie bezüglich einer Kostenübernahme durch Ihre Krankenversicherung/Krankenkasse beraten können. Die Kopie dieses Formulars behalten Sie bitte zu Ihrer Information. Die Kosten einer stationären/teilstationären Behandlung auf der Komfortstation in unserem Krankenhaus werden im Regelfall übernommen durch:

Ersatzkassen, private Krankenversicherungen (PKV), Beihilfe

Da in unserem Hause weder Kuren noch Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, ist ein Antrag auf Kostenübernahme vor der stationären/teilstationären Behandlung nur in Ausnahmefällen erforderlich. Für die Aufnahme in unsere Klinik benötigen Sie eine Krankenhauseinweisung Ihres behandelnden Arztes oder Ihrer behandelnden Ärztin.

Vorgespräch vor Aufnahme

Vor Beginn der stationären/teilstationären Behandlung führen wir mit Ihnen ein Vorgespräch, das der diagnostischen Klärung dient. **Besteht bei Ihnen ausschließlich privater Versicherungsschutz, so rechnen wir dieses Gespräch nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privatärztlich ab** (bei Bedarf können Sie in den Chefsekretariaten Einsicht in die GOÄ nehmen). **Sind Sie gesetzlich krankenversichert und es besteht eine private Krankenzusatzversicherung, werden die Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen, hierfür benötigen wir einen Überweisungsschein.**

Hinweis - Kostenübernahme für eine Behandlung auf unserer Komfortstation:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Die privaten Krankenversicherungen schließen sehr unterschiedliche Verträge mit Patientinnen/Patienten ab. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist die Patientin/der Patient als Selbstzahlerin/Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet, da Sie als Patientin/Patient der Vertragspartner unseres Krankenhauses sind. Prüfen Sie deswegen in Ihrem eigenen Interesse bitte sehr genau, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V etc. diese Kosten deckt.

Ich bin versichert für die **stationäre/teilstationären** Behandlung:

in einem Einbettzimmer	☐	in einem Zweibettzimmer	☐
privatärztlicher Behandlung	☐	privatärztlicher Behandlung	☐

bei (bitte nennen Sie Name und Anschrift der für Sie zuständigen Servicestelle Ihrer Privaten Krankenversicherung)

meine Versicherungsnummer / Servicenummer lautet: _____

☐ Ich bin für **Wahlleistungen** (Zimmer-Zuschlag und privatärztliche Leistungen) **nicht versichert** und werde daher diese Zusatzkosten der stationären Behandlung selber tragen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Tel.-Nr.

Datum

Unterschrift

Dateiname: FO Fragebogen zum Versicherungsstatus
Erstellende: Dittwaldt, Julia, Qualitätsmanagement (QM Team)
Freigabe: Dittwaldt, Julia, Qualitätsmanagement (QM Team)

Seite: 1 von 1
Erstelldatum: 19.05.2026
Freigabedatum: 19.05.2026

© Krankenhaus Ginsterhof

Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung