

Anlage 3:
Aufnahmeanzeige nach § 22 Absatz 2 KHG

Absender:

Name der Einrichtung: _____

Institutionskennzeichen: _____

Kostenträger¹: _____

IK des Kostenträgers:² _____

Information zur/zum Versicherten:

Name des Versicherten: _____

Vorname: _____

Krankenversicherten-Nr.: _____

Reha-internes Kennzeichen des Versicherten: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt

Geburtsdatum: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____

Internationales Länderkennzeichen: _____

Aufnahmedaten:

Aufnahmetag: _____

Aufnahmegrund: 0101 vollstationär

¹ Bei privat krankenversicherten Patienten Bezeichnung des Privaten Krankenversicherungsunternehmens.
² Nur auszufüllen sofern der Patient in der GKV versichert ist.
Aufnahmeanzeige nach § 301 SGB V

Diagnoseangaben: (Die Angaben können bis zu 20 mal erfolgen)

Aufnahmediagnose
(ICD10, Lokalisation):

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Einweisungsdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Ggf. Sekundärdiagnose
(ICD10, Lokalisation):

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterzeichner / Unterschrift