

MITAUFNAHME EINER BEGLEITPERSON

Name der Begleitperson:

Geburtsdatum der Begleitperson:

Versichertennummer der Begleitperson:

Befindet/befand sich als Begleitperson vom _____ bis _____ in stationärer Mitaufnahme.

Daten des Kindes, das sich in stationärer Behandlung befindet/befand

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse (falls sie vom o. g. Versicherten abweicht):

Krankenversicherung:

Ist aus medizinischen Gründen eine Begleitperson erforderlich?

Nein

Ja, während des gesamten Krankenhausaufenthaltes

Ja, zeitweise

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

Aus welchen medizinischen Gründen ist die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich?

Wo wird die Begleitperson untergebracht?

im Patientenzimmer
