



## Medizinische Einrichtungen

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wo das nicht möglich ist, schreiben Sie bitte „Nicht zutreffend“.

Zusätzliche/ergänzende Informationen können auf einem separaten Blatt beigefügt werden. Bewahren Sie eine Kopie des ausgefüllten Antrags für Ihre Unterlagen auf. Bitte senden Sie den ursprünglichen Antrag mit allen Anlagen an uns zurück.

### Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Website \_\_\_\_\_

Ust-Id Nr. \_\_\_\_\_

Mitglied einer Klinik-/Krankenhausgruppe? \_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte den Namen der Gruppe angeben \_\_\_\_\_

### Generelle Ausstattung der Einrichtung

Anzahl der Betten \_\_\_\_\_

Internationale Patientenstation \_\_\_\_\_

Anzahl der Privatzimmer \_\_\_\_\_

Anzahl der Semi-Privatzimmer \_\_\_\_\_

Anzahl der Intensivbetten \_\_\_\_\_

Anzahl der Aufnahmen pro Jahr \_\_\_\_\_

24/7-Unfall- und Notfallabteilung \_\_\_\_\_

24/7-Reanimation durch anwesenden Arzt \_\_\_\_\_

Durchschnittliches Verhältnis: \_\_\_\_\_

Arzt : Patienten \_\_\_\_\_

Krankenschwester : Patienten \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten

Verantwortliche/r für Versicherungen

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verantwortliche/r für Finanzen

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verantwortliche/r für Zahlungsgarantien

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_



## Medizinische Einrichtungen

### Die oben genannte Einrichtung akzeptiert unsere Zahlungsgarantie.

JCI akkreditiert

ISO akkreditiert

Andere Akkreditierung

### Spezifische Abteilungen bzw. Ausstattung

- Allergie und Immunologie
- Allgemeine Chirurgie
- CT Scan  24 Stunden
- Darm- und Rektal Chirurgie
- Dermatologie
- Endokrinologie
- Familien Praxis
- Gastroenterologie
- Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Geriatrie
- Gynäkologie
- Handchirurgie
- Hausbesuche
- Herzgefäßchirurgie
- HNO
- Kardiologie
- Labor
- Mammographie
- Medizinische Nebenbetriebe
- MRI

- Neurochirurgie
- Notfall Abteilung  24 Stunden
- Onkologie
- Ophthalmologie
- Optometrie
- Orthopädie
- Orthopädische Chirurgie
- Pädiatrie
- Pädiatrische Chirurgie
- Pathologie
- PET/CT
- Podologie
- Psychiatrie
- Pulmologie
- Röntgen
- Schönheitschirurgie
- Strahlen Therapie
- Ultraschall
- Urologie
- Zahnarzt
- sonstige



## Medizinische Einrichtungen

### Medizinische Nebenbetriebe

Bitte nennen Sie Details zu medizinischen Nebenbetrieben, die von der Klinik angeboten werden.

Wenn nötig, können Sie hierfür gerne ein Extrablatt beifügen.

### Weitere Informationen (freiwillige Angabe)

Englisch sprechendes Personal? Bitte um genauere Angaben (Empfang, Ärzte, etc.)

Wurde die Einrichtung von einer nationalen/internationalen Akkreditierungsstelle zugelassen?

Ja

Nein

Wenn ja, geben Sie bitte die Akkreditierungsstelle und das Akkreditierungsdatum an.

Bitte nennen Sie uns die Angliederung an Universitäten oder spezifische Ausbildungsvereinbarungen.

Bitte nennen Sie uns Angliederungen an nationale oder internationale Kliniken/Krankenhäuser.

Bitte nennen Sie uns existierende Vereinbarungen mit internationalen Versicherungsunternehmen.

### Abrechnung

Zahlungsgarantie von AXA Assistance Deutschland akzeptiert?

Ja

Nein

Zahlungsgarantie von AXA Assistance Büro im Ausland akzeptiert?

Ja

Nein

Unterschrift, Stempel

Datum

Name