



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