

- 1** Rechts finden Sie ein Musterformular für die Aufnahme eines Patienten, das bei einer Notaufnahme im Krankenhaus ausgefüllt wird. Analysieren Sie es und beantworten Sie die Fragen.

Po prawej znajduje się przykładowy formularz przyjęcia pacjenta, który wypełnia się przy przyjęciu do szpitala w nagłym wypadku. Przeanalizuj go i odpowiedz na pytania.

1. Wie heißt die Patientin?

- a. Maria Kowalska
b. Krystyna Nowak

2. Wann ist sie geboren?

- a. 15.06.1997
b. 05.03.2026

3. Wo wohnt sie?

- a. Brzostkowiowa 14, 66-620 Gubin, Polen
b. Gubener-Str. 18, 03172 Guben

4. Wie ist die Telefonnummer?

- a. 0048 987 654 321
b. 0048 123 456 789

5. Wie heißt ihr Hausarzt?

- a. Dr. Sigmund Berger
b. AOK Nordost

6. Wie heißt ihre Krankenkasse?

- a. DRV-Berlin-Brandenburg
b. AOK Nordost

Zentrale Notaufnahme Aufnahmeblatt Patient

Angaben zum Patienten

bitte sorgfältig lesen, ausfüllen und zutreffendes ankreuzen

Name: Kowalska Vorname: Maria geb. am 15.06.1997

Familienstand: verheiratet Geburtsname: Nowak

Wohnort / Postleitzahl: Gubin, Polen / 66-620 Straße/Nr. Brzostkowiowa 14

Eigene Telefonnummer: 0048 123 456 789

zur Zeit tätig als: Lagermitarbeiterin Arbeitgeber: Amazon

Religion: keine Wünschen Sie einen Besuchsdienst? ja/nein

Existiert eine Patientenverfügung? ja/nein

Staatsangehörigkeit: polnisch

Haben Sie einen Betreuer für gesundheitliche Angelegenheiten? ja/nein (Nachweispflichtig)

Wenn ja: Name/Adresse: -

Hausarzt (Name/Adresse): Dr. Sigmund Berger / Gubener-Str. 18, 03172 Guben

genaue Bezeichnung der Krankenkasse: AOK Nordost

Versicherungsnummer: P 1 2 3 4 5 6 7 8 9

genaue Bezeichnung des Rentenversicherungsträgers: DRV-Berlin-Brandenburg

Versicherungsnummer: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Angaben zum nächsten Angehörigen (im Notfall zu verständigen)

(sollten Sie keine nächsten Angehörigen haben, dann Betreuer, Nachbar ect.)

Name: Nowak Vorname: Krystyna

Wohnort / Postleitzahl: Gubin, Polen / 66-620 Straße/Nr. Obronna 14/9

Eigene Telefonnummer: 0048 987 654 321

Verwandtschaftsgrad: Mutter

Zuzahlungspflichtige Wahlleistungen (wenn Kapazität vorhanden)

- 1 Bett-Zimmer • 2 Bett-Zimmer • Chefarztbehandlung

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz

05.03.2026

Datum

Unterschrift Patienten/gesetzlicher oder bevollmächtigter Vertreter

Angaben zum nächsten Angehörigen

7. Wie heißt ihre nächste Angehörige?

- a. Krystyna Nowak
b. Sigmund Berger

8. Wo wohnt sie?

- a. Brzostkowiowa 14, 66-620 Gubin, Polen
b. Obronna 14/9, 66-620 Gubin, Polen

9. Wie ist ihre Telefonnummer?

- a. 0048 987 654 321
b. 0048 123 456 789

Angaben zum Patienten *dane pacjenta*
 geb. am = geboren am *urodzony(a) dnia*
 genaue Bezeichnung der Krankenkasse/des
 Rentenversicherungsträgers *dokładna nazwa kasy
 chorych/instytucji ubezpieczenia emerytalnego*
 Nachweispflichtig *obowiązek przedstawienia dowodu*
 tätig als *czynny zawodowo jako*
 zur Zeit *obecnie*
 Zuzahlungspflichtige Wahlleistungen (wenn Kapazität
 vorhanden) *Usługi dodatkowe płatne (jeśli są dostępne)*

***Patientenverfügung** - to niemiecki
 dokument, który pozwala z góry
 określić, jakie zabiegi medyczne mają
 być podjęte lub zaniechane, gdy pacjent
 nie będzie w stanie samodzielnie
 decydować.

die Nr. = Nummer *numer*
 die Postleitzahl *kod pocztowy*
 die Religion *religia*
 die Staatsangehörigkeit *narodowość*
 die Straße *ulica*
 die Unterschrift *podpis*
 die Versicherungsnummer *numer ubezpieczenia*
 der Wohnort *miejsce zamieszkania*
 die Adresse *adres*

das 1-Bett-Zimmer *pokój jednoosobowy*
 das 2-Bett-Zimmer *pokój dwuosobowy*
 der Arbeitgeber *pracodawca*
 das Aufnahmeblatt *formularz przyjęcia*
 die Chefarztbehandlung *leczenie przez ordynatora*
 das Datum *data*
 die eigene Telefonnummer *osobisty numer telefonu*
 der Familienstand *stan cywilny*
 der Geburtsname *nazwisko rodowe*

im Notfall zu verständigen *powiadomić w razie nagłego wypadku*
 Wünschen Sie einen Besuchsdienst? *Czy życzą sobie Państwo wizytę duchownego?*
 Existiert eine Patientenverfügung? *Czy posiadają Państwo Patientenverfügung*?*
 Haben Sie einen Betreuer für gesundheitliche Angelegenheiten? *Czy mają Państwo opiekuna
 prawnego mogącego decydować w sprawach Państwa zdrowia?*
 Bitte sorgfältig lesen, ausfüllen und zutreffendes ankreuzen
Proszę uważnie przeczytać, wypełnić i zaznaczyć odpowiednie pola.
 Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz
Państwa dane będą przetwarzane w sposób poufny i podlegają ochronie danych osobowych.
 Sollten Sie keine nächsten Angehörigen haben, dann Betreuer, Nachbar ect.
Jeśli nie mają Państwo najbliższych krewnych, proszę podać opiekuna, sąsiada itp.