

KLINIK DR SCHLEMMER

Centrum für psychosomatische Medizin ●

PATIENTEN-AUFNAHMEBLATT

Bitte versenden Sie dieses Aufnahmeblatt per Post, Fax oder Mail an unten angegebene Adresse.

Beachten Sie bitte auch, dass wir für die Festlegung des Therapieplatzes noch die sog. „Verordnung von Krankenhausbehandlung, ausgestellt durch einen Facharzt der Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Nervenheilkunde und / oder Vorbefunde bzw. Atteste benötigen.

NAME _____ VORNAME _____

STRASSE _____

PLZ, WOHNORT _____

GEBURTSDATUM _____ TELEFON _____

GEBURTSORT _____ MOBILTELEFON _____

GEBURTSNAME _____

BERUF _____ FAMILIENSTAND _____

ARBEITGEBER _____ KONFESSION _____

STAATSANGEHÖRIGKEIT _____ AUTOKENNZEICHEN _____

HAUSARZT _____

EINWEISENDER ARZT _____

VERTRAUTE PERSON _____

HAUPTKOSTENTRÄGER _____ VERS. NR. _____

Mitglied

Rentner

Selbstzahler

Familienmitglied

Rentner mitversichert

GESCHÄFTSSTELLE _____

ZUSATZKOSTENTRÄGER _____ VERS. NR. _____

Mitglied

Rentner

Selbstzahler

Familienmitglied

Rentner mitversichert

GESCHÄFTSSTELLE _____

KLINIK DR. SCHLEMMER GMBH
Stefanie-von-Strechine-Strabe 16
83646 Bad Tölz