



Habichtswald Reha-Klinik  
Aufnahmebüro Innere Medizin  
Wigandstr. 3a  
34131 Kassel

Aufnahmebüro  
Telefon: 0561 3108-932  
Fax-Nr.: 0561 3108-939  
E-Mail: [rdressler@habichtswaldklinik.de](mailto:rdressler@habichtswaldklinik.de)

Rezeption  
Telefon: 0561 3108-950

## Anmeldung - Innere Medizin

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Prüfung und Vorbereitung Ihrer stationären Behandlung in der Abteilung Innere Medizin der Habichtswald Reha-Klinik benötigen wir einige Informationen von Ihnen und bitten Sie, diesen Fragebogen **vollständig** auszufüllen und an uns zusammen mit dem ärztlichen Attest per Post oder Fax zurück zu senden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfe: ja  nein

Gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_  
(Aufnahmetage: Dienstag und Mittwoch)

Ein verbindlicher Aufnahmetermin kann bei gesetzlich Versicherten erst nach Eingang der Kostenzusage mitgeteilt werden. Wir versuchen Ihren Terminwunsch – soweit es die Belegung zulässt – zu berücksichtigen.

Waren Sie bereits in der Habichtswald-Klinik? ja  nein



**Wenn ja, in welcher Abteilung?** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen liegen vor?**

Bitte geben Sie auch Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, starke Reaktionen und Schocksymptomatik an.

**Welche Beschwerden haben Sie zurzeit? Seit wann bestehen sie?**

**Besteht eine Einschränkung der Mobilität?** ja  nein

**Wenn ja, in welchem Umfang?**

**Was möchten Sie für sich mit dem stationären Aufenthalt erreichen?**

Für weitere Informationen oder Fragen können Sie sich mit uns in Verbindung setzen. Wir beraten Sie gerne!

Bei medizinischen Fragen

**Hr. Dr. Olaf Uhle**

Chefarzt Innere Medizin und Onkologie

Telefon 0561 3108-102

E-Mail uhle@habichtswaldklinik.de

Wir freuen uns, Sie bald in unserem Haus begrüßen zu dürfen!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift