

Anmeldeformular Individual-Therapieprogramm



Habichtswald Reha-Klinik

Innere Medizin und Onkologie

Name, Vorname

Adresse

Geb.-Datum

Krankenkasse

Telefon

E-Mail

Gewünschter Aufnahmezeitraum

Beihilfe:

ja

nein

Diagnose / aktuelle Beschwerden:

Wahlleistung Chefarztbehandlung

Unterbringung Komfortzimmer

Wichtige Anmerkungen zu Ihrem Aufenthalt:

Bestehen schwere Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten?

ja

nein

Benötigen Sie pflegerische Unterstützung?

ja

nein

Benötigen Sie pflegerische Hilfsmittel?

(z.B. Wundversorgung, Stomaversorgung, parenterale Ernährung, Sondenkost)

ja

nein

Besteht eine Einschränkung der Mobilität?

ja

nein

Wenn ja, in welchem Umfang?

Rollstuhl

Rollator

Anmeldeformular Individual-Therapieprogramm



Habichtswald Reha-Klinik

Innere Medizin und Onkologie

Hinweis:

Bitte bringen Sie bereits vorhandene medizinische Befunde und Medikamente zur Aufnahme mit. Ebenso sollten Sie Material zur Stomaversorgung, Sondenkost, etc. für eine Woche mitbringen, da individuelle Bestellungen über unsere Apotheke kurzfristig nicht möglich sind.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Anmeldebogen erhobenen Daten zum Zweck meiner Behandlung in der Habichtswald Reha-Klinik gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Die Habichtswald Reha-Klinik versichert Ihnen, dass Ihre Daten streng vertraulich behandelt werden, entsprechend der geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten Anmeldebogen per Post an:

Habichtswald Reha-Klinik
Werner Wilhelm Wicker GmbH & Co. KG
Patientenverwaltung
Wigandstr. 3a
34131 Kassel