LUISEN KLINIK

Anmeldebestätigung

Name: ..... Vorname: ..... Geb. Datum: .....

Wohnort/PLZ: ..... Strasse/Haus-Nr.: .....

Telefon privat: ..... Email: .....

Einweisender Arzt / Hausarzt mit Anschrift: .....

.....

Bitte bestehende Allergien auflisten, bei Nahrungsmittelallergien bitte um Zusendung des Allergiepasses / ärztliches Attest:
.....

.....

Es besteht die Möglichkeit, am Tag Ihrer Anreise um 13 Uhr das Mittagessen in unserem Speisesaal einzunehmen. Ihre Auswahlmöglichkeiten:

JA: ☐ normal NEIN: ☐
☐ vegetarisch

Meine Anreise erfolgt
- *mit dem* ***PKW*** ☐

ODER

- *mit der* ***Deutschen Bahn***
  am Zielbahnhof **Villingen (Schwarzwald):** ☐

Ankunft am: ..... um: .....Uhr

Bitte teilen Sie uns die genaue Ankunftszeit am Bahnhof mit, damit wir Sie mit unserem Klinikbus abholen können. Der Fahrer wird Sie am Haupteingang / Taxistand abholen.

Hiermit bestätige ich, dass ich den Aufnahmetermin am..... zur stationären / teilstationären Behandlung wahrnehmen werde.

Datum:..... Unterschrift:.....