Anmeldebestätigung

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße / Hausnr.: _____ PLZ / Wohnort: _____

Telefon privat: _____ E-Mail: _____

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 ☐ vegetarisch NEIN: ☐

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: _____