

Anmeldung für einen Behandlungsaufenthalt

gültig ab 07.2023

Angaben zur Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Zusatz	PLZ / Ort
Land	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Geschlecht	Beruf
Telefon-Nr.	Mobile	E-Mail
Zu benachrichtigende Person im Notfall (Name, Adresse und Telefonnummer)		

Angaben zur Versicherung

Grundversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Versicherungs-Nummer
Zusatzversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Versicherungs-Nummer
Sind Sie Managed-Care versichert? <input type="checkbox"/> Hausarztmodell <input type="checkbox"/> HMO-Modell <input type="checkbox"/> anderes _____	

Angaben zum Aufenthalt

Aufenthaltsdauer	<input type="checkbox"/> 3 Wo <input type="checkbox"/> 4 Wo <input type="checkbox"/> _____
Gewünschter Eintrittstermin	am _____
Gewünschte Zimmerkategorie	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Classic Parksicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Parksicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Parksicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Seesicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Classic Seesicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Seesicht

Hinweis Pflegedienstleistung

Bitte beachten Sie, dass unsere Gäste mobil sein müssen und wir keine Pflegeunterstützung im Hause anbieten.

Angaben zu Ärzten / Homöopathen / Sonstige Therapeuten

Name, Adresse und Telefon Hausarzt

Name, Ort und Telefon zuletzt behandelnder Arzt / Homöopath / Therapeut

Wurden Sie schon einmal homöopathisch behandelt? Ja Nein

Wenn ja, wann letztmals? _____

Patientenunterstützungs-Fonds Stiftung Sokrates

Auf Antrag leistet die Stiftung bei schwieriger finanzieller Situation Unterstützung an folgende Kosten:

- Tagespauschale Zimmer Parkseitig
- Nicht versicherte Therapiekosten

Hiermit stelle ich den Antrag an die Stiftung Sokrates für finanzielle Unterstützung.

Vollmacht Krankenkasse

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, Informationen bei meiner Krankenkasse einzuholen.

Mit meiner Anmeldung akzeptiere ich die Aufnahmebedingungen.

Datum

Unterschrift

Die Anmeldung kann wie folgt erfolgen:

per Post an: SOKRATES Gesundheitszentrum Bodensee
Anmeldung, Im Park 3
8594 Güttingen

per eMail an: praxis-klinik-sokrates@hin.ch

Gerne setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen.