

Anmeldung für einen Behandlungs- oder Reha- Aufenthalt

gültig ab 01.01.2022

Angaben zur Person

Vorname	Name	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"/> 1 Wo <input type="checkbox"/> 2 Wo <input type="checkbox"/> 3 Wo <input type="checkbox"/> _____
Gewünschter Eintrittstermin	am _____
Gewünschte Zimmerkategorie	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Seesicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Seesicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Classic Seesicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Parksicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Parksicht

Hinweis Pflegedienstleitung

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-Fond Stiftung Sokrates

Aufgrund meiner finanziellen Situation ist es mir nicht möglich, alle Selbstkosten zu tragen.
Deshalb stelle ich hiermit einen Antrag an den Patientenunterstützungs-Fonds.

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: anmeldung@klinik-sokrates.ch

per Fax auf: 071 694 55 45.

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