

Bringen Sie ein
Begleitkind mit?
Bitte geben Sie
das genaue
Alter an!



Anschriftenliste

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
 Straße und Hausnummer: _____
 PLZ/Ort: _____ Telefon: _____
 Handynummer: _____ E-Mail-Adresse: _____
Wenn vorhanden bitte angeben!
 *Nationalität: _____ *Familienstand: _____ *Kinder: _____
* Diese Angaben sind freiwillig.
 Größe: _____ Gewicht: _____
 Name des nächsten Angehörigen: _____
 *Telefon: _____
* Diese Angaben sind freiwillig. Bitte das Verwandtschaftsverhältnis dazuschreiben.

Liegt bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung vor? Ja Nein
 Ggf. Name und Tel. Ihres gesetzlichen Betreuers: _____

Benötigen Sie eine Gehhilfe? Ja Nein
 Wenn ja, Unterarmgehstützen Rollator Rollstuhl?

Benötigen Sie Hilfe beim Waschen/Anziehen? Ja Nein

Erlerner Beruf: _____ Arbeitslos seit: _____
 zzt. tätig als: _____ Arbeitgeber: _____
 Arbeitsunfähig seit: _____ Berentet seit: _____

Bitte mit vollständiger Adresse und Telefonnummer ausfüllen:
 Hausarzt/behandelnder Arzt: _____
 Reha-beantragender Arzt: _____
 Krankenkasse: _____
 Wer hat Ihnen unsere Klinik empfohlen? _____

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anschriftenliste im Vorfeld per Post, per E-Mail oder Fax an:
 Paracelsus Wittekindklinik
 Empterweg 5, 49152 Bad Essen
 aufnahme@wittekind.bad-essen.pkd.de oder F 05472 935-244