

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.

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

**Kommen Sie am Anreisetag direkt aus dem Krankenhaus?**  Ja  Nein

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitslos seit: \_\_\_\_\_

zzt. tätig als: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_ Berentet seit: \_\_\_\_\_

**Spezielle Kostform?** Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Lebensmittelallergien / Unverträglichkeiten?** \_\_\_\_\_

**Bitte mit vollständiger Adresse und Telefonnummer ausfüllen:**

Hausarzt/behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ihre Suchtberatungsstelle: \_\_\_\_\_

Ansprechperson in Ihrer Beratungsstelle: \_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen unsere Klinik empfohlen? \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie die ausgefüllte Anschriftenliste im Vorfeld per Post, per E-Mail oder Fax an:**

Paracelsus Wiehengebirgsklinik, Kokenrottstraße 71, 49152 Bad Essen,  
aufnahme@wiehengebirgsklinik.bad-essen.pkd.de oder F 05472 405-312