

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

Haben Sie eine Hausstauballergie?

Ja

Nein

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

Bitte mit vollständiger Adresse und Telefonnummer ausfüllen:

Hausarzt/behandelnder Arzt: _____

Krankenkasse: _____

Reha-beantragender Arzt: _____

Wer hat Ihnen unsere Klinik empfohlen? _____

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

Paracelsus Wittekindklinik

Empferweg 5, 49152 Bad Essen

aufnahme@wittekind.bad-essen.pkd.de oder F 05472 935-244