

Adaption Aufnahmeinformationen

Bitte per Email an sarah.kleinowski@pkd.de oder kerstin.hoeckelmann@pkd.de oder per Fax an 05472/935-244 senden

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon / Handy-Nummer: _____

Email-Adresse: _____

2. Angaben zum Kostenträger

Kostenträger: _____

Versicherungsnummer: _____

3. Angaben zur Klinik

Name der aktuellen Klinik: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Kostenzusage bis: _____

4. Persönliche Gründe / Motivation für Ihre Adaptionenmaßnahme
