

# Adaption Aufnahmeinformationen

Bitte per Email an [sarah.kleinowski@pkd.de](mailto:sarah.kleinowski@pkd.de) oder [kerstin.hoeckelmann@pkd.de](mailto: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

---

---

---

---

---

