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.

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: _____

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

Erlernter Beruf: _____ Arbeitslos seit: _____

zzt. tätig als: _____ Arbeitgeber: _____

Arbeitsunfähig seit: _____ Berentet seit: _____

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 unser Patientenmanagement zurück:

VITREA Berghofklinik
Patientenmanagement
Empterweg 5, 49152 Bad Essen
aufnahme@berghof.bad-essen.pkd.de oder F 05472 935-244