

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. 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:

VITREA Wittekindklinik Bad Essen
Empferweg 5, 49152 Bad Essen
aufnahme@wittekind.bad-essen.pkd.de oder F 05472 935-244