

Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden!

Klinik Hohenfreudenstadt
Postfach 340

72233 Freudenstadt

Anmeldebogen

Ich habe einen Aufenthalt in Ihrer Klinik vom

bis

gebucht.

Bitte wählen Sie



Mein Aufenthalt bei Ihnen wird von meiner **Versicherung** übernommen: _____

Ich bin **gesetzlich versichert** und komme zu einem/ einer

- stationären Rehabilitation
- Anschlussheilbehandlung (AHB)
- sonstiges _____

Ich habe eine **private Zusatzversicherung**

Versicherung: _____

Vers. Nr.: _____

Ich komme über eine Heilfürsorgestelle

Ich komme als **Privatpatient** zu einem /einer

- stationären Heilverfahren / Sanatoriumsbehandlung
- Anschlussheilbehandlung (AHB)
- und ich bin **beihilfeberechtigt**

Ich komme als **Selbstzahler** und möchte das folgende Angebot in Anspruch nehmen:

Präventionsprogramm

- Herz & Kreislauf aktiv
- Ernährungsumstellung / Gewichtsabnahme
- Prädiabetes / Diabetes
- Raucherentwöhnung
- Spezialprogramm Nachsorge bei Schilddrüsen- & Nebenschilddrüsen Operationen

Gesundheitswochen

- Rücken & Gelenke
- Stressbewältigung
- Entspannung pur
- Kneipp vital
- Wald-Erleben
- Teuchel-Wald aktiv

Bitte wenden →



**MARTHA
MARIA**

Unternehmen
Menschlichkeit

Name _____ Vorname _____
 Straße _____
 PLZ _____ Wohnort _____
 Geb.datum _____ Fam.stand _____
 Telefon _____ Beruf _____
 Krankenkasse _____

Der **Schwerpunkt** meiner Erkrankung liegt im Bereich

- Innere Medizin Orthopädie Psychosomatik
 Herz-Kreislauf Nierenerkrankungen Diabetes/Ernährungsmedizin

Als **Privatpatient** wünsche ich eine privatärztliche Betreuung durch

- Fachbereich **Innere Medizin**
 Chefarzt Dr. Bertil Kluthe, Innere Medizin, Endokrinologie u. Diabetologie (oder Vertreter)
 Oberärztin Dr. Gudrun Müller, Innere Medizin, Nephrologie
- Fachbereich **Orthopädie**
 Chefarzt Prof. Dr. Gerd Gruber, Orthopädie, Unfallchirurgie, Physikalische Therapie, Akupunktur,
 Chirotherapie (oder Vertreter)
- Fachbereich **Psychosomatik**
 Leitende Ärztin Dr. med. Karin Witt, Psychosomatik, Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin

Besondere Wünsche (Kostform, Bettgröße etc.) _____

Für Wunschkost ohne medizinische Grundlage, z. B. Low Carb, Vegan, Fastenkost etc. wird ein Zuschlag von 8,- € pro Tag berechnet.

- Kategorie I Standardzimmer
 Kategorie II Zimmer mit Balkon 4,- € pro Tag*
 Kategorie III Zimmer neu renoviert 10,- € pro Tag*
 Kategorie V kleines Apartment 30,- € pro Tag*
 Mini-Kühlschrank 2,- € pro Tag* *je nach Verfügbarkeit

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Ankunft am Aufnahmetag spätestens bis **11:00** Uhr erfolgen soll.

- Ich kann erst nach 11:00 Uhr anreisen. Meine Ankunftszeit wird ca. _____ sein.
- Ich reise mit der Bahn an, bitte holen Sie mich um _____ Uhr am **Hauptbahnhof** Freudenstadt ab. Unser Service steht Ihnen von Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 17:00 Uhr zur Verfügung.
- Ich reise mit dem **PKW** an.
 Eine Parkplatzgebühr von 3,00 € pro Tag wird für die gesamte Aufenthaltsdauer in Rechnung gestellt.

Die mir übersandten Aufnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____