

Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden!

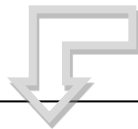
Klinik Hohenfreudenstadt  
Postfach 340

72233 Freudenstadt

Anmeldebogen

Ich habe einen Aufenthalt in Ihrer Klinik vom bis gebucht.

Bitte wählen Sie



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

oder

**Gesundheitswochen**

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

Bitte wenden →



**MARTHA  
MARIA**

Unternehmen  
Menschlichkeit

Eingetragene Angaben bitte kontrollieren und gegebenenfalls ergänzen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Fam. stand \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ich möchte die Therapiepläne und Infomaterialien während des Aufenthaltes per E-Mail erhalten.

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, Lebensmittel Allergien / Unverträglichkeiten, etc.) \_\_\_\_\_

Für Wunschkost ohne med. Grundlage, z. B. low carb, vegan etc., wird ein Zuschlag von 8,- €/Tag berechnet.

- Kategorie I Standardzimmer
- Kategorie II Zimmer mit Balkon 5,- € pro Tag\*                       Kategorie V kleines Apartment 30,- € pro Tag\*
- Kategorie III Zimmer neu renoviert 10,- € 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. Es fällt eine Parkplatzgebühr von 3,00 €/Tag für die Aufenthaltsdauer an.

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

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_