Habichtswald-Klinik

Habichtswald-Klinik
Aufnahmebüro Innere Medizin

Wigandstr. 1
34131 Kassel

Aufnahmebüro
Telefon: 0561 . 31 08-782
Fax-Nr.: 0561 . 31 08-128
E-Mail: rdressler@habichtswaldklinik.de

Rezeption
Telefon: 0561 . 31 08-0

Anmeldung - Innere Medizin

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Prüfung und Vorbereitung Ihrer stationären Behandlung in der Abteilung Innere Medizin der Habichtswald-Klinik benötigen wir einige Informationen von Ihnen und bitten Sie, diesen Fragebogen **vollständig** auszufüllen und an uns zusammen mit dem ärztlichen Attest per Post oder Fax zurück zu senden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb.-Datum: _____ **Tel.-Nr.:** _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Beihilfe: **ja** ☐ **nein** ☐

Gewünschter Aufnahmetermin: _____
(Aufnahmetage: Dienstag und Mittwoch)

Ein verbindlicher Aufnahmetermin kann bei gesetzlich Versicherten erst nach Eingang der Kostenzusage mitgeteilt werden. Wir versuchen Ihren Terminwunsch – soweit es die Belegung zulässt – zu berücksichtigen.

Waren Sie bereits in der Habichtswald-Klinik? **ja** ☐ **nein** ☐

Wenn ja, in welcher Abteilung? _____

Name, Vorname: _____

Welche Erkrankungen liegen vor?
Bitte geben Sie auch Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, starke Reaktionen und Schocksymptomatik an.

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit? Seit wann bestehen sie?

Besteht eine Einschränkung der Mobilität? **ja** ☐ **nein** ☐

Wenn ja, in welchem Umfang?

Was möchten Sie für sich mit dem stationären Aufenthalt erreichen?

Für weitere Informationen oder Fragen können Sie sich mit uns in Verbindung setzen. Wir beraten Sie gerne!

Bei medizinischen Fragen

Dr. Rotraud Scheiderbauer
Chefärztin Innere Medizin
Telefon 0561 . 31 08-102
E-Mail scheiderbauer@habichtswaldklinik.de

Wir freuen uns, Sie bald in unserem Haus begrüßen zu dürfen!

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift