Habichtswald-Klinik

Habichtswald-Klinik
Aufnahmebüro Abteilung für
Innere Medizin
Wigandstr. 1
34131 Kassel

Aufnahmebüro:
Telefon: 0561/3108-782
Fax-Nr.: 0561/3108-128
E-Mail: rdressler@habichtswaldklinik.de

Zentrale:
Telefon: 0561/3108-0

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Prüfung und Vorbereitung Ihrer stationären Behandlung in der Abteilung für 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 enden. 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 einmal in der Habichtswald-Klinik? **ja** ☐ **nein** ☐

Wenn ja, in welcher Abteilung? _____

Habichtswald-Klinik, Wigandstr. 1, 34131 Kassel

Blatt 2 zum Aufnahmebogen der Abteilung für Innere Medizin

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?

Was möchten Sie für sich mit dem stationären Aufenthalt erreichen?

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift**