Klinik Adelheid
Rehazentrum Zentralschweiz

Anmeldung für klinisch-stationäre Behandlung / Rehabilitation

Bitte alle Felder ausfüllen!

Name/Vorname:		Geb.-Datum:	
Strasse:		Tel. P:	
PLZ: / Ort:		Tel. M:	
		E-Mail:	
Zivilstand:		Nationalität:	
Angehörige \ gesetzliche Vertreter		Konfession:	
		Heimatort:	
		Beruf:	
Arbeitgeber:		Adresse Arbeitsgeber:	
Hausarzt:		Adresse Hausarzt:	

Einweisung zur:

☐ muskuloskelettale Rehabilitation ☐ Neurorehabilitation

☐ internistisch/onkologisch Rehabilitation ☐ Geriatrische Rehabilitation

☐ Krankheit provisorisches Eintrittsdatum: _____ **(definitives Eintrittsdatum wird von uns bestätigt)**

☐ Unfall geplante Aufenthaltsdauer: _____

Versicherung:

Grundversicherung:		Vers. Nr.:	
Zusatzversicherung:		Vers. Nr.:	

Versicherungsstatus: ☐ allgemein ☐ halbprivat ☐ privat

Kostengutsprache Krankenkasse eingereicht: ☐ Ja ☐ Nein

Kostengutsprache Kantonsarzt eingereicht: ☐ Ja ☐ Nein

☐ Upgrade 1er-Zimmer (mit Zuschlag)

Klinik Adelheid
Rehazentrum Zentralschweiz

Einweisungsdiagnose:

Wichtige Nebendiagnosen:

Behandlungsziel:

Die Kopie dieses ausgefüllten Formulars gilt als Kostengutsprachegesuch.

Adresse, Tel.Nr., Unterschrift des einweisenden Arztes:

Bitte füllen Sie das Zusatzblatt zur Anmeldung aus