

# Anmeldung für einen Behandlungsaufenthalt

gültig ab 01.09.2022

## Angaben zur Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
Adresse	Zusatz	PLZ / Ort
Land	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Geschlecht	Beruf
Telefon-Nr.	Mobile	E-Mail
Zu benachrichtigende Person im Notfall (Name, Adresse und Telefonnummer)		

## Angaben zur Versicherung

Grundversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Versicherungs-Nummer
Zusatzversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Versicherungs-Nummer
Sind Sie Managed-Care versichert? <input type="checkbox"/> Hausarztmodell <input type="checkbox"/> HMO-Modell <input type="checkbox"/> anderes _____	

## Angaben zum Aufenthalt

Aufenthaltsdauer	<input type="checkbox"/> 1 Wo <input type="checkbox"/> 2 Wo <input type="checkbox"/> 3 Wo <input type="checkbox"/> _____
Gewünschter Eintrittstermin	am _____
Gewünschte Zimmerkategorie	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Seesicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Seesicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Classic Seesicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Parksicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Parksicht

### **Hinweis Pflegedienstleistung**

Bitte beachten Sie, dass unsere Gäste mobil sein müssen und wir keine Pflegeunterstützung im Hause anbieten.

### **Angaben zu Ärzten / Homöopathen / Sonstige Therapeuten**

---

Name, Adresse und Telefon Hausarzt

---

Name, Ort und Telefon zuletzt behandelnder Arzt / Homöopath / Therapeut

Wurden Sie schon einmal homöopathisch behandelt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann letztmals? \_\_\_\_\_

### **Patientenunterstützungs-Fond Stiftung Sokrates**

Aufgrund meiner finanziellen Situation ist es mir nicht möglich, alle Selbstkosten zu tragen.  
Deshalb stelle ich hiermit einen Antrag an den Patientenunterstützungs-Fonds.

### **Vollmacht Krankenkasse**

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, Informationen bei meiner Krankenkasse einzuholen.

Mit meiner Anmeldung akzeptiere ich die Aufnahmebedingungen.

---

Datum

---

Unterschrift

Die Anmeldung kann wie folgt erfolgen:

*per Post an:* SOKRATES Gesundheitszentrum Bodensee  
Anmeldung, Im Park 3  
8594 Güttingen

*per eMail an:* anmeldung@klinik-sokrates.ch

*per Fax auf:* 071 694 55 45.

Gerne setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen.