Name, Vorname: Geburtsdatum:

Wohnort: Telefonnummer:

Krankenkasse: Zusatzversicherung:

Name des Hausarztes Telefonnr. Hausarzt:

Gewünschte Aufnahmewoche:

Kurze Schilderung der Diagnosen/Beschwerden (seit wann, was genau?):

Was möchten Sie erreichen? Was soll besser werden?

Aktuelle Medikation:

Vorbehandlungen und bisheriger Verlauf (stationär und ambulant):

Pflegestufe/Unterstützung bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme nötig?

**Ausgefülltes Formular und Vorbefunde bitte zufaxen an Fax: 0 73 21 – 33 93699 oder per E-Mail: Sekretariat.Integrativmedizin@Kliniken-Heidenheim.de**