Name, Vorname Geburtsdatum

Wohnort Telefon

E-Mail

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**