



Anschriftenliste

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße und Hausnummer: _____
PLZ/Ort: _____ Telefon: _____
Handynummer: _____ E-Mail-Adresse: _____
*Nationalität: _____ *Familienstand: _____ *Kinder: _____

* Diese Angaben sind freiwillig.

Name des nächsten Angehörigen: _____

*Telefon: _____

* Diese Angaben sind freiwillig. Bitte das Verwandtschaftsverhältnis dazuschreiben.

Liegt bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung vor?

Ja

Nein

Benötigen Sie eine Gehilfe?

Wenn ja,

Unterarmgehstützen

Rollator

Ja

Nein

Rollstuhl?

Benötigen Sie Hilfe beim Waschen/Anziehen?

Ja

Nein

Kommen Sie am Anreisetag direkt aus dem Krankenhaus?

Ja

Nein

Erlerner Beruf: _____ Arbeitslos seit: _____

zzt. tätig als: _____ Arbeitgeber: _____

Arbeitsunfähig seit: _____ Berentet seit: _____

Bitte mit vollständiger Adresse und Telefonnummer ausfüllen:

Hausarzt/behandelnder Arzt: _____

Krankenkasse: _____

Ihre Suchtberatungsstelle: _____

Ansprechperson in Ihrer Beratungsstelle: _____

Wer hat Ihnen unsere Klinik empfohlen? _____

Ggf. Name und Tel. Ihres gesetzlichen Betreuers: _____

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anschriftenliste im Vorfeld per Post oder Fax an:

Paracelsus-Wiehengebirgsklinik

Kokenrottstraße 71

49152 Bad Essen

info@wiehengebirgsklinik.bad-essen.pkd.de ; F 05472 405-312