

Bringen Sie ein  
Begleitkind mit?  
Bitte geben Sie  
das genaue  
Alter an!



# Anschriftenliste

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Wenn vorhanden bitte angeben!  
 \*Nationalität: \_\_\_\_\_ \*Familienstand: \_\_\_\_\_ \*Kinder: \_\_\_\_\_  
\* Diese Angaben sind freiwillig. Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
 Name des nächsten Angehörigen: \_\_\_\_\_  
 \*Telefon: \_\_\_\_\_  
\* Diese Angaben sind freiwillig. Bitte das Verwandtschaftsverhältnis dazuschreiben.

**Liegt bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung vor?**  Ja  Nein  
 Ggf. Name und Tel. Ihres gesetzlichen Betreuers: \_\_\_\_\_

**Benötigen Sie eine Gehilfe?**  Ja  Nein  
 Wenn ja,  Unterarmgehstützen  Rollator  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? \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie die ausgefüllte Anschriftenliste im Vorfeld per Post, per E-Mail oder Fax an:**  
 Paracelsus Berghofklinik  
 Empterweg 5, 49152 Bad Essen  
 aufnahme@berghof.bad-essen.pkd.de oder F 05472 935-244