



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?

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: _____

Spezielle Kostform? Wenn ja, welche? _____

Lebensmittelallergien / Unverträglichkeiten? _____

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, per E-Mail oder Fax an:

Paracelsus Wiehengebirgsklinik, Kokenrottstraße 71, 49152 Bad Essen,
aufnahme@wiehengebirgsklinik.bad-essen.pkd.de ; F 05472 405-312