

## Anmeldung für einen Behandlungs- oder Reha- Aufenthalt

gültig ab 01.09.2021

### Angaben zur Person

Vorname	Name	Geburtsdatum
Adresse	Zusatz	PLZ / Ort
Land	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Geschlecht	Beruf
Telefon-Nr.	Mobile	E-Mail
Zu benachrichtigende Person im Notfall (Name, Adresse und Telefonnummer)		

### Angaben zur Versicherung

Grundversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Versicherungs-Nummer
Zusatzversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Versicherungs-Nummer
Sind Sie Managed-Care versichert? <input type="checkbox"/> Hausarztmodell <input type="checkbox"/> HMO-Modell <input type="checkbox"/> anderes _____	

### Angaben zum Aufenthalt

Aufenthaltsdauer	<input type="checkbox"/> 1 Wo <input type="checkbox"/> 2 Wo <input type="checkbox"/> 3 Wo <input type="checkbox"/> _____
Gewünschter Eintrittstermin	am _____
Gewünschte Zimmerkategorie	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Seesicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Seesicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Classic Seesicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Parksicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Parksicht

### Angaben zu Betreuung / Pflegebedarf

- Ich bin mobil und benötige keine Unterstützung
- Ich benötige pflegerische Unterstützung durch die örtliche Spitex

Art der benötigten Unterstützung \_\_\_\_\_

### Angaben zu Ärzten / Homöopathen / Sonstige Therapeuten

\_\_\_\_\_  
Name, Adresse und Telefon Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Name, Ort und Telefon zuletzt behandelnder Arzt / Homöopath / Therapeut

Wurden Sie schon einmal homöopathisch behandelt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann letztmals? \_\_\_\_\_

### Patientenunterstützungs-Fond Stiftung Sokrates

- Aufgrund meiner finanziellen Situation ist es mir nicht möglich, alle Selbstkosten zu tragen.  
Ich möchte deshalb einen Antrag an den Patientenunterstützungs-Fonds stellen.

Mit meiner Anmeldung akzeptiere ich die Aufnahmebedingungen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Anmeldung kann wie folgt erfolgen:

*per Post an:* SOKRATES Gesundheitszentrum Bodensee  
Anmeldung, Im Park 3  
8594 Güttingen

*per eMail an:* anmeldung@klinik-sokrates.ch

*per Fax auf:* 071 694 55 45.

Gerne setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen.