



# Tagklinik Westend

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Westendstraße 185  
80686 München

Tel 089 / 202 44 48-0  
Fax 089 / 202 44 48-200

E-Mail [anmeldung@klinik-westend.de](mailto:anmeldung@klinik-westend.de)  
Web [www.tagklinik-westend.de](http://www.tagklinik-westend.de)

Name:	Vorname: weiblich männlich
Geburtsdatum:	Geburtsname:
Straße, Nr.:	PLZ:
Ort:	Land:
Tel. privat: Tel. Handy: E-Mail:	Beruf: Tel. dienstl.:
Familienstand: Staatsangehörigkeit:	Angehöriger Name, Tel:
Arbeitgeber, Anschrift:	
Einweisender Arzt, Anschrift, Tel:	beh. Therapeut, Anschrift, Tel:
Krankenkasse:	Zusatzversicherung:

Ich wünsche privatärztliche Behandlung mit gesonderter Liquidation (Wahlleistung Arzt)

Bitte beachten Sie:

Die Kosten für Wahlleistungen sind vom Patienten bzw. seiner privaten (Zusatz-) Versicherung zu tragen. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen kann nur für die gesamte Dauer des teilstationären Aufenthaltes erfolgen.

Ich kann ab \_\_\_\_\_ zur Behandlung kommen.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift