

Tagesklinik Westend

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Westendstraße 185
80686 München

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

E-Mail anmeldung@tagesklinik-westend.de
Web www.tagesklinik-westend.de

Name:	Vorname: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
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

Anmeldebogen