

Hiermit bestelle ich: Bitte ankreuzen!

- ☐ Einzelzimmer
☐ Doppelzimmer



Gesundheits - Zentrum

SCHLOSSBERGHOF
MARZOLL • BAD REICHENHALL
TELEFON: 08651/70050
FAX: 08651/700548
info@schlossberghof.de

ANMELDUNG ZUR BEHANDLUNG

Bitte in Blockschrift oder mit Schreibmaschine ausfüllen!

Anreisetag: Abreisetag:

Name: E-Mail:

Vorname: Telefon-Nr.:

Geburtsdatum:

Beruf:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Kontaktperson (Name u. Telefon-Nr.):

Hausarzt:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Anschrift der Krankenkasse:

Welche gesundheitlichen Beschwerden sollen behandelt werden:

Behandlungsschwerpunkte: (bitte ankreuzen)

- ☐ Atemwege (1) ☐ Bewegungsapparat (2) ☐ Herz-Kreislauf (3) ☐ Psychovegetative Erschöpfung (4) ☐ Ernährung (5)

Waren Sie in der Vergangenheit schon einmal bei uns in Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Ihre Daten werden nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen verwaltet und wie folgt verarbeitet:

- Zur Patientenverwaltung
- Zur ärztlichen Betreuung und Pflege
- Zur therapeutischen Behandlung
- Ggfs. Rezeptbesorgung in der Apotheke
- In unserer Buchhaltung
- Ggfs. in einer Abrechnungsfirma
- Ggfs. bei Konsiliarärzten
- Ggfs. dem Notarzt bei Krankenhauseinweisung

Wir verwenden Ihre Adresse für unsere hausinternen Anschreiben zur Übersendung von Informationsmaterial sowie unseren Weihnachtsgrüßen. Sollten Sie keine Informationen wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Datum: rechtsverb. Unterschrift: