

Reservierung AHB (Anschlußheilbehandlung)

Bitte geben Sie dieses Formular im Sozialdienst der Wolfart-Klinik ab!

WolfartKlinik

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

für die Bearbeitung Ihrer Anschlußheilbehandlung (AHB) nach Ihrem stationären Aufenthalt benötigen wir vorab folgende Daten:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr. _____

E-M@il: _____

OP-Datum: _____ operierender Arzt: _____

Eingriff: Hüfte links Wirbelsäule
 Knie rechts Bandscheibe
 Schulter

Sind Sie
berufstätig Beamter Renter/in (wichtig!! Beziehen Sie Altersrente?
ja nein

Zahlen Sie RV-Beiträge in die
RV* RV*- Knappschaft/ LAK
Bund Länder Bahn/See

Bitte geben Sie Ihre *Rentenversicherungsnummer an:

Bitte geben Sie hier Ihren Krankenkasse / Krankenversicherung an:

Gesetzliche KK: _____

Private KV: _____ 1 Bett oder 2 Bett versichert?
30% 50% 100%

Beihilfestelle: _____
(genaue Bezeichnung und Ort der Beihilfestelle)

In welcher Reha-Klinik / Reha-Zentrum möchten Sie gern Ihre AHB durchführen?

Hauptwunsch: _____ stationär
Ausweichwunsch: _____ teilstationär/ambulant

Bei Fragen rund um Ihre AHB wenden Sie sich bitte an Frau Bals vom Sozialdienst
Tel. 089/8587-330 (Montag-Donnerstag von 8 – 13.30 Uhr)

Bitte faxen Sie diese Anmeldung **baldmöglichst an 089-8587-269 oder per Mail an:**

bals@wolfartklinik.de oder senden Sie diese per Post an:

**WolfartKlinik
Sozialdienst
Waldstraße 7
82166 Gräfelfing**

Vielen Dank