



Rehabilitationsklinik für orthopädische und rheumatische Erkrankungen · Ambulantes Therapiezentrum EAP · Praxis für Physiotherapie
Im Grün 1-3 · 79415 Bad Bellingen · Telefon 07635/318-0 · Fax 07635/318-110

Anmeldeformular für Privatpatienten

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____
Tel-Nr.: _____
Krankenkasse: _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung ? Wenn ja, übersenden Sie uns bitte die ärztlichen Befunde mit diesem Anmeldeformular.

Anreisetage: Di., Mi., Do.

Gewünschter Anreise-/ Abreisetermin: von _____ bis _____

Einzelzimmer Doppelzimmer

Der Tagespauschalsatz beträgt im **Einzelzimmer** **149.- €**
Doppelzimmer **139.- €**

Dieser Pauschalsatz schließt die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, alle von uns verordneten therapeutischen, ärztlichen, diagnostischen und medikamentösen Maßnahmen, sowie den Besuch des örtlichen Thermalbades ein. Am Wochenende finden Therapien am Samstagvormittag statt, der Sonntag ist therapiefrei.

Rechnen Sie mit einer Beihilfestelle ab? ja nein

Spezifikation? ja nein

Wenn **ja**, welche Informationen braucht Ihre Abrechnungsstelle? (bitte die Rückseite verwenden)

Der Pauschalsatz gilt unabhängig von der Höhe der Kostenerstattung durch eine Privatkasse oder Beihilfestelle.

Der Rechnungsbetrag ist vor Abreise zu begleichen. Die Zahlung mit einer EC-Karte ist möglich. Kreditkarten können wir leider nicht akzeptieren. **Andere Zahlungsmodalitäten sind vor Beginn Ihres Aufenthalts mit uns zu klären.**

Diese Anmeldung gilt, falls sie nicht bis zu 2 Wochen vor Antritt des geplanten Aufenthalts widerrufen wird. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen. Für den Fall eines verspäteten Widerrufs behalten wir uns eine Berechnung in Höhe von 50% des vereinbarten Preises vor.

Bei vorzeitiger Abreise aus Gründen, welche die Klinik nicht zu vertreten hat, werden über den Abreisetag hinaus 2 Tage berechnet, falls eine anderweitige Belegung für diesen Zeitraum nicht möglich

Ort, Datum _____ Unterschrift _____