



MARKGRÄFLERLAND  
**KLINIK**

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 Akut- und Übergangspflege

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.

Gewünschter Anreise-/ Abreisetermin: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Einzelzimmer

Der Tagespauschalsatz beträgt im **Einzelzimmer** **45.- SFR**

Dieser Pauschalsatz umfasst die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Der Rechnungsbetrag ist vor Abreise zu begleichen. Die Zahlung mit einer EC-Karte ist möglich. Kreditkarten können wir leider nicht akzeptieren. **Andere Zahlungsmodalitäten, wie etwa die Überweisung auf unser Konto bei der UBS, sind vor Beginn Ihres Aufenthalts mit uns zu klären.**

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 ist.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_