



Rehabilitationsklinik für orthopädische Erkrankungen · Ambulantes Therapiezentrum EAP · Praxis für Physiotherapie  
Im Grün 1-3 · 79415 Bad Bellingen · Telefon 07635/318-0 · Fax 07635/318-110  
info@markgraeflerland-klinik.de · www.markgraeflerland-klinik.de

## Anmeldeformular für Privatpatienten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

### **Anreisetage: Montag bis Donnerstag**

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

Einzelzimmer  Doppelzimmer

Der Tagespauschalsatz beträgt im **Einzelzimmer 195,- €**  
**Doppelzimmer auf Anfrage**

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.**

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 ist.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift