

Patientenfragebogen mit Anmeldebestätigung

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Behandelnder Arzt (genaue Anschrift): _____

Krankenkasse: _____

Fahrtkostenerstattung:

Wir weisen Sie darauf hin, dass eine Fahrtkostenerstattung nur dann möglich ist, wenn bis spätestens am Abreisetag alle notwendigen Belege zur Einreichung bei der Rentenversicherung dem PPRZ vorliegen. Sollten die Belege nicht vollständig vorliegen, können wir leider nicht gewährleisten, Ihnen die Kosten komplett zu erstatten.

Hiermit bestätige ich, dass ich den Aufnahmetag am _____ zur ganztägig ambulanten Behandlung wahrnehmen werde.

Datum: _____ Unterschrift: _____