

## Patientenfragebogen mit Anmeldebestätigung

Name:..... Vorname:..... Geb. Datum:.....

Wohnort:/PLZ:.....Strasse/Hausnr.:.....

Tel.....Handynr.:.....

Email.....

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.

Sollten Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Therapie kommen und einen vorgesehenen Aufenthalt von mind. 3 Wochen haben, kaufen Sie sich bitte eine Monatsmarke, gültig ab dem Tag ihrer Aufnahme. Einen Verbundspass oder vorläufigen Verbundspass erhalten Sie an jedem VVS- Schalter.

---

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

Datum:..... Unterschrift:.....