

Anmeldung für den stationären Aufenthalt

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Felder vollständig auszufüllen. Besten Dank.

| _____ | _____ | _____
Familiennamen Geburtsname Vorname

| _____ | _____ | _____
Adresse PLZ/Ort Geburtsdatum

| _____ | _____ | _____
Telefon Festnetz Handy E-Mail

W M | _____ | _____ | _____ | _____
Zivilstand Konfession Nation Beruf

| _____
Im Notfall zu benachrichtigen (gesetzlicher Vertreter) Name, Wohnort, Tel. Nr.

| _____
Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

| _____
Einweisender Arzt (Name, Adresse, Telefon)

| _____
Bankverbindung (Konto, IBAN Nr., BIC/ Swift)

Wie sind Sie versichert?

Gesetzliche Versicherung Private Versicherung

Gewünschte Zimmerkategorie:

2-Bettzimmer 1-Bettzimmer

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

Wie wurden Sie auf die Klinik Arlesheim aufmerksam?

Angehörige/Freunde Arzt Sozialdienst Internet Inserat andere

Ich habe die Aufnahmebedingungen der Klinik Arlesheim zur Kenntnis genommen und bin bereit, falls keine Kostenzusage E 112/S 2 vorliegt, für die voraussichtlichen Kosten des gesamten Aufenthaltes eine Vorauszahlung zu leisten.

Datum: _____ Unterschrift: _____