



A N M E L D E B O G E N

Simssee Klinik GmbH

Ströbinger Straße 18a
83093 Bad Endorf
Deutschland

Tel. +49 (8053) 200-505
Fax +49 (8053) 200-509
f.pfitzer@simssee-klinik.de
www.simssee-klinik.de

Simssee Klinik GmbH
Psychosomatische Abteilung
Ströbinger Str. 18 a
83093 Bad Endorf

Dr. med Franz Pfitzer
FA für Neurologie und Psychiatrie
FA für Psychotherapeutische Medizin
Chefarzt der Psychosomatischen Abteilung

Name, Vorname

Geb.- Datum

Straße, Nr.

PLZ

Wohnort

Tel.: _____ ggf. Tel. tagsüber: _____

Handy-Nr.: _____ E-Mail: _____

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Vers. Nr.
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Kranken- oder Zusatzversicherung		
Beihilfestelle (bei Beihilfeberechtigten Pers.)		
Tagegeldversicherung		

Kostenzusage liegt bereits vor von folgenden Stellen:	<input type="checkbox"/> Krankenkasse / <input type="checkbox"/> priv. Krankenversicherung	
	<input type="checkbox"/> Beihilfestelle / <input type="checkbox"/> Tagesgeldversicherung	

Ich möchte folgende **Wahlleistungen** in Anspruch nehmen:

- Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ
- Komfort-Zimmer:** Zimmer zur Seeseite, mit Balkon, Fernsehgerät, Kühlschrank, Sonnenliege, Tiefgaragenstellplatz, Blumen zur Begrüßung, 2 Badetücher (tgl. Wechsel), Badenmantel (wöchentl. Wechsel), 2 Handtücher (tgl. Wechsel)

Aufpreis : 28,00 Euro/Tag

Terminwunsch:

Die Aufnahme ist dringend und ich kann kurzfristig anreisen

Ja

Nein

Ich benötige mindestens 4/5 Tage Vorlaufzeit zur Aufnahme

Ja

Nein

Die Aufnahme kann erst ab dem _____ aus folgendem Grund erfolgen: _____

Wer ist der zuweisende Arzt?

Hausarzt

Nervenarzt

Psychotherapeut (Name, Adresse, Telefon):

.....

.....

Weitere behandelnde Ärzte:

Hausarzt

Nervenarzt

Sonstiger Arzt (Name, Adresse, Telefon):

.....

.....

Psychotherapeut (Name, Adresse, Telefon):

.....

.....

Aktuelle Medikation ? In welcher Dosierung?

.....

.....

Konsumieren Sie regelmäßig?

Nikotin?

Alkohol?

Drogen?

In welcher Menge?

.....

Ich bin krankgeschrieben seit:

Ich leide vor allem unter folgenden Beschwerden:

.....
.....
.....
.....

Meine berufliche Situation ist:

.....
.....
.....
.....

Meine private Situation ist:

.....
.....
.....
.....

Datum/Unterschrift:.....

**Bitte ggf. bereits vorhandene Kostenzusagen (Kopien)
der Anmeldung beilegen!**