

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

Klinik St. Irmingard
Psychosomatische Abteilung
Osternacher Str. 103
83209 Prien

Psychosomatische Abteilung
Chefarzt Dr. med. Franz Pfitzer
FA f. Neurologie u. Psychiatrie
FA f. Psychotherapeutische Medizin
Sekretariat Tel. (0 80 51) 6 07-573
Fax (0 80 51) 6 07-775
f.pfitzer@st-irmingard.de

Name, Vorname: _____ Geb.- Datum: _____

PLZ _____ Wohnort _____ Str. _____

Tel. privat: _____ ggf. dienstlich: _____

Handy-Nr.: _____ e-mail: _____

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Vers.Nr.
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Krankenversicherung		
Beihilfestelle		
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	Bitte Kopie der Zusagen der Anmeldung ggf. beilegen

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

- Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ
- Komfort-Zimmer Paket PRIMA Ambiente: 24,00 € pro Tag** (Stand 1.4.2009)
1-Bett-Zimmer auf der Seeseite mit Balkon, freundliche Zimmerausstattung inkl. Hotelbettwäsche und -vorhänge, Dekoartikel, Magazine, Telefon Flatrate, Minibar, TV, CD- & DVD-Player, Badetücher & mantel, Pflegeset, Parkplatz
- Komfort-Zimmer & Serviceleistungen Paket PRIMA Living: 31,00 € pro Tag** (Stand 1.4.2009)
1-Bett-Zimmer auf der Seeseite mit Balkon, Tageszeitung, Obststeller, Nordic-Walking-Stöcke oder 7-Gang Fahrrad, Telefon Flatrate, Minibar, TV, CD- & DVD-Player, Badetücher & -mantel, Pflegeset, Parkplatz

Die **PRIMA Living-Wochenpauschale für 267,00 € pro Woche** (Stand 1.4.2009) enthält zusätzlich ein Verwöhnfrühstück am Sonntag und eine Massage aus dem **PRIMA Relax Massage** Programm.

12 % Rabatt ab dem 1. Tag bei Buchung von PRIMA Ambiente / PRIMA Living von mind. 4 Wochen

Terminwunsch:

Die Aufnahme ist dringend und ich kann kurzfristig anreisen Ja Nein

Ich benötige mindestens 1 – 2 Wochen Vorlaufzeit zur Aufnahme Ja Nein

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

Geschäftsführer: Dietolf Hämel, Registergericht Traunstein: HRB Nr. 14798

Wer ist der zuweisende Arzt ?

Hausarzt (bitte Name, Adresse und Tel.Nr. angeben):

.....
.....

Nervenarzt / (bitte Name, Adresse und Tel.Nr. angeben):

.....
.....

Psychotherapeut (bitte Name, Adresse und Tel.Nr. angeben):

.....
.....

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 und
Unterschrift**.....