

RÜCKANTWORTBOGEN

Füllen Sie diesen Bogen bitte zeitnah sorgfältig aus. Folgende Rücksendemöglichkeiten:

Per Fax.: 02161 979 144 oder

Per Mail: patientenverwaltung@niederrhein-klinik.de oder

Per Post (bitte nicht per Einschreiben)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon*: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Familienstand: _____ Religion*: _____

gesetzliche Krankenkasse (komplette Adresse): _____

Nur von privatversicherten Patienten auszufüllen:

private Krankenkasse / Zusatzversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Beihilfestelle (falls zutreffend): _____

Wünschen Sie Chefarztbehandlung: ja nein

(Bitte beachten Sie unsere Informationen für privatkrankenversicherte Patienten und klären vorab die Übernahme der Kosten für die von Ihnen gewünschten Wahlleistungen.)

Name, Anschrift des weiterbehandelnden Arztes*: _____

einweisendes Krankenhaus: _____

nächste Angehörige*: Ehefrau/-mann Tochter Sohn Sonstige

Telefon: _____

Aufnahmetermin am: _____

(* Diese Angaben sind freiwillig)

(Unterschrift)