

© Klinik und Gesundheitszentrum am Kurpark GmbH

## Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
damit wir Ihre gesundheitliche und soziale Situation optimal beurteilen können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen und an uns zurück zu senden.

### Angaben zur Person:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Schwerbehindertenausweis:  Ja, Grad der Behinderung : \_\_\_\_\_  Nein

Bitte den Schwerbehindertenausweis am Antrittstag an der Rezeption vorzeigen.

Rollstuhlfahrer:  Ja  Nein

Ich war schon Rehabilitand in Ihrem Gesundheitszentrum:

nein  ja und zwar im Jahr: \_\_\_\_\_  Privat  Anschlussheilbehandlung

Ambulante Reha-Maßnahme  Stationäre Reha-Maßnahme

Vertrauensperson, die im Notfall von der Reha-Einrichtung benachrichtigt werden soll:

Ehefrau/-mann  Tochter/Sohn

Andere: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Covid-19-Impfschutz:  vollständig  genesen (Status gültig bis: \_\_\_\_\_ )  nein

Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_ © Klinik und Gesundheitszentrum am Kurpark GmbH

## **Anreise**

Diese Angaben sind nur bei Patienten der Klinik und Gesundheitszentrum am Kurpark GmbH in Bad Salzschlirf erforderlich.

mit der Bahn und ich möchte gerne am Bahnhof in Bad Salzschlirf abgeholt werden,

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Ich reise mit dem PKW an

***Wir wünschen Ihnen schon heute eine Gute Anreise  
und freuen uns Sie bald in unserem Haus begrüßen zu dürfen.***

Klinik und Gesundheitszentrum am Kurpark GmbH

Lindenstr. 5

36364 Bad Salzschlirf