

Anmeldeformular AHB-CI

An:

MEDIAN Reservierungsservice Hessen

Reservierungsservice.Hessen@median-kliniken.de

Kaiserberg-Klinik Bad Nauheim

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geb.datum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Kostenträger für die AHB: _____

Zuweisende Klinik und OP-Daten:

Klinik: _____

Ansprechpartner (Name, Vorname): _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

OP-Datum: _____

Datum der Entlassung: _____

Datum der geplanten Erstanpassung: _____

Geplanter Aufnahmetermin

Kaiserberg-Klinik Bad Nauheim

(Auszufüllen vom MEDIAN-Reservierungsservice)