



JOHANNITER

Krankenhaus Gronau

Bitte per Fax schicken an:

<p>Johanniter-Krankenhaus Gronau GmbH</p> <p>Case Management Geriatrie Fr. Karin Peter</p> <p>Fax 05182 583-163</p>
--

Anmeldung zur geriatrischen Komplexbehandlung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung: privat gesetzlich

 1 – Bett – Zimmer 2 – Bett – Zimmer

Krankenkasse: _____

Telefonnr. Praxis: _____

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Grund der Einweisung: (kurz)

Datum, Unterschrift: _____ _____