

*Bitte per Fax schicken an:*

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