

Bitte per Fax schicken an:

Johanniter-Krankenhaus Gronau GmbH

Case Management Geriatrie  
Fr. Karin Peter

**Fax 05182 583-163**

## **Anmeldung zur geriatrischen Komplexbehandlung**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Versicherung:      privat                                   gesetzlich

1 – Bett – Zimmer                       2 – Bett – Zimmer

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefonnr. Praxis: \_\_\_\_\_

**Grund der Einweisung:** (kurz)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_