

Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs  
Med. Administration  
Kreuzberg 310  
3920 Groß Gerungs

## Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

wir ersuchen Sie, diesen Erhebungsbogen bitte **4 Wochen vor dem Rehabilitationsantritt** in Blockbuchstaben auszufüllen und mittels beiliegendem Rückantwortkuvert an uns zurückzusenden oder per FAX (02812 8681 513) zu übermitteln. Aus Aktualitätsgründen bitten wir Sie, diese Frist einzuhalten und uns den Bogen **nicht früher** zuzusenden!

Stammdaten	
Familienname, Vorname, Titel	
Versicherungsnummer	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Weitere Telefon-Nr. (z. B. mobil)	
Staatsbürgerschaft	
Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/> Muttersprache/sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> keine

Name und Adresse des nächsten Angehörigen	
Name	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

Name und Adresse Ihres Hausarztes	
Name	
PLZ, Ort	

Name und Adresse Ihres Internisten/Kardiologen (wenn vorhanden)	
Name	
PLZ, Ort	





