

## Anmeldung für einen Kuraufenthalt

gültig ab 07.2023

### Angaben zur Person

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Adresse	Zusatz	PLZ / Ort
_____	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	_____
Land	Geschlecht	Beruf
_____	_____	_____
Telefon-Nr.	Mobile	E-Mail
_____	_____	_____
Zu benachrichtigende Person im Notfall (Name, Adresse und Telefonnummer)		

### Angaben zur Versicherung

_____	_____
Grundversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Versicherungs-Nummer
_____	_____
Zusatzversicherung (Krankenkasse mit Adresse)	Versicherungs-Nummer
Sind Sie Manage-Care versichert?	<input type="checkbox"/> Hausarztmodell <input type="checkbox"/> HMO-Modell <input type="checkbox"/> anderes _____

### Angaben zum Kuraufenthalt

Aufenthaltsdauer	<input type="checkbox"/> 1 Wo <input type="checkbox"/> 2 Wo <input type="checkbox"/> 3 Wo <input type="checkbox"/> _____
Gewünschter Eintrittstermin	am _____
Gewünschte Zimmerkategorie	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer Classic Parksicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Parksicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Parksicht <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Seesicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Classic Seesicht <input type="checkbox"/> Einzelzimmer Superior Seesicht

### **Hinweis Pflegedienstleistung**

Bitte beachten Sie, dass unsere Gäste mobil sein müssen und wir keine Pflegeunterstützung im Hause anbieten.

### **Angaben zu Ärzten / Homöopathen / Sonstige Therapeuten**

---

Name, Adresse und Telefon Hausarzt

---

Name, Ort und Telefon zuletzt behandelnder Arzt / Homöopath / Therapeut

### **Kur plus**

Ja, ich möchte meinen Kuraufenthalt nutzen und von Ihrem medizinisch- / therapeutischen Angebot profitieren. Bitte rufen Sie mich an.

### **Vollmacht Krankenkasse**

Hiermit erteile ich die Erlaubnis, Informationen bei meiner Krankenkasse einzuholen.

Hiermit bestätige ich, dass ich ohne ärztliche Betreuung und auf eigene Verantwortung im Sokrates Gesundheitszentrum als Kurgast logieren möchte.

**Mit meiner Anmeldung akzeptiere ich die Aufnahmebedingungen.**

---

Datum

---

Unterschrift

Die Anmeldung kann wie folgt erfolgen:

*per Post an:* SOKRATES Gesundheitszentrum Bodensee  
Anmeldung, Im Park 3  
8594 Güttingen

*per eMail an:* praxis-klinik-sokrates@hin.ch

Gerne setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen.