Name, Vorname Geburtsdatum

Wohnort Telefon

E-Mail

Krankenkasse Zusatzversicherung

Name des Hausarztes Telefonnr. Hausarzt

Gewünschte Aufnahmewoche

Kurze Schilderung der Diagnosen/Beschwerden (seit wann, was genau?)

Was möchten Sie erreichen? Was soll besser werden?

Aktuelle Medikation

Vorbehandlungen und bisheriger Verlauf (stationär und ambulant)

Pflegestufe/Unterstützung bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme nötig?

Ausgefülltes Formular und Vorbefunde bitte an [sekretariat.integrativmedizin@kliniken-heidenheim.de](mailto:sekretariat.integrativmedizin@kliniken-heidenheim.de)   
oder per Fax 07321 33-93452