

Liebe Klientin, lieber Klient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einem stationären Aufenthalt in der **sysTelios Klinik**. Wir sind die private Akutklinik für psychosomatische Gesundheitsentwicklung und Psychotherapie mit der hypnosystemischen Grundhaltung.

Um Ihren Aufenthalt gut vorbereiten zu können, bitten wir Sie, diesen Formbogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen ist unser Aufnahmeteam gern für Sie da: **Telefon +49 6207 9249-0** (Montag bis Freitag, 8.00 bis 16.30 Uhr)

Angaben zur Person

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; text-align: center;">Bitte hier klicken und aktuelles Foto einfügen</div> |
| Frau | Herr | ohne Anrede | Titel | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Vorname | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Nachname | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Straße + Hausnummer | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Postleitzahl | Ort | Land | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Familienstand | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Beruf | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| E-Mail | Mobiletelefon | Festnetz | | |

Angaben zum Versicherungsstatus

Private Krankenversicherung

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nein, trifft nicht zu |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Versicherung | Versicherungsnummer |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße + Hausnummer | Postleitzahl Ort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon | Fax |

Ich habe folgende Leistungen vereinbart
(bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

Wahlleistung Chefarztbehandlung

Wahlleistung Einbettzimmer

Beihilfeberechtigung

Ich bin beihilfeberechtigt zu Prozent

Nein, trifft nicht zu

Beihilfestelle

Personalnummer

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

Gesetzliche Krankenversicherung

Nein, trifft nicht zu

Versicherung

Versicherungsnummer

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

Private Krankenzusatzversicherung

Nein, trifft nicht zu

Versicherung

Versicherungsnummer

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

Ich habe folgende Leistungen vereinbart
(bitte ankreuzen, wenn zutreffend):

Wahlleistung Chefarztbehandlung

Wahlleistung Einbettzimmer

Selbstzahlerin oder Selbstzahler

Nein, trifft nicht zu

Ich trage die Kosten selbst

mit Kostenbeteiligung der
gesetzlichen Krankenversicherung

mit Kostenbeteiligung der
privaten Krankenzusatzversicherung

Sonstige Informationen zu Ihrem Versicherungsstatus

(zum Beispiel Mitversicherung bei anderen Personen)

Angaben zum Behandlungsstatus

Ambulante therapeutische Begleitung im Vorfeld (hausärztlich, psychotherapeutisch oder ähnlich)

 Nein, trifft nicht zu

Praxis für ...

Titel + Vorname + Nachname

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Einweisende Fachärztin oder einweisender Facharzt

Fachärztin/Facharzt für ...

Titel + Vorname + Nachname

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Angaben zu einer Person Ihres Vertrauens

Bitte benachrichtigen Sie:

Vorname + Nachname

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Mobiltelefon

Festnetz

Haben Sie Fragen?

Unser Aufnahmeteam ist gern für Sie da: Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.30 Uhr. In den Abendstunden, am Wochenende und an gesetzlichen Feiertagen nimmt unser Empfang Ihren Rückrufwunsch gern entgegen.

Telefon +49.6207.9249-0

Fax +49.6207.9249-295

aufnahme@sysTelios.de

sysTelios Klinik
Am Tannenberg 17
69483 Wald-Michelbach
Deutschland

Anfahrt [g.page/sysTelios](https://www.sysTelios.de/aufnahme)

www.sysTelios.de/aufnahme