



Aufnahmemeldung Adaption

(Bitte vor Aufnahme an uns zurückschicken. Vielen Dank!)

Name, Vorname	Geburtsname	
Straße und Hausnummer	Geburtsdatum	Geburtsort
PLZ Ort	Familienstand	
Telefon (Festnetz-Nr.)	Beruf	
Telefon (Mobil-Nr.) [TxtKi#DbField(tbl_Personendaten.Handy)]	Konfession	
E-Mail-Adresse	ALG I seit	ALG II seit
Name der Bezugsperson / des Angehörigen		
	Straße	
PLZ Ort	Telefon	
Vorbehandelnde Klinik		
	Straße	
PLZ Ort	Telefon	Fax
Beratungsstelle		
	Straße	
PLZ Ort	Telefon	Fax
Hausarzt*ärztin		
	Straße	
PLZ Ort	Telefon	Fax
Notfallkontakt		
Wen sollen wir im Notfall kontaktieren?		Telefon
Name, Vorname	Datum/Unterschrift Rehabilitand*in	



Merkblatt zur Aufnahme in die salus adaption Hürth

(Für Ihre Unterlagen!)

Arbeitgeber*in/Jobcenter/Arbeitsagentur	Straße	
PLZ Ort	Telefon	
	Fax	
Bewährungshelfer*in		
	Straße	
PLZ Ort	Telefon	
	Fax	
Krankenkasse		
	Straße	
PLZ Ort	Telefon	
Krankenversicherungs-Nr.	Gültigkeit	Versicherungsstatus
Kostenträger		
Gesetzlicher Betreuer*in		
	Straße	
PLZ Ort	Telefon	
	Fax	
Aktenzeichen	Zuständiges Amtsgericht	
Für welche Bereiche wurde die Betreuung eingerichtet?		
Ich bin <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher		
Falls Sie Raucher sind:		
Möchten Sie vom Tag der Aufnahme an das Rauchen einstellen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Der Zeitpunkt ist günstig und wir werden Sie dabei unterstützen! <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Aktuelles Gewicht	Körpergröße	

Ich bin darüber informiert, dass in der Klinik meine personenbezogenen Daten gespeichert werden. Sie werden in dieser Form ausschließlich innerhalb der Klinik verwendet und weitergegeben. Jede Weitergabe von Daten oder Informationen, die nicht anonymisiert sind, an andere Stellen oder Personen darf nur mit meinem Einverständnis erfolgen.

_____ (Ort), _____ (Datum) _____ (Unterschrift)