

Adipositas Reha-Zentrum Insula, Insulaweg 8,
83483 Bischofswiesen -Strub

AUFNAHMEANTRAG

Name, Vorname
der/des Versicherten: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Telefon-Nummern: privat: _____ dienstl.: _____

Handy: _____ Handy
des Patienten: _____

e-mail Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Persönliche Daten des Patienten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb-Datum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Zuständiger Betreuer:
(wenn von oben abweichend): _____

Anschrift: _____

Telefon-Nummer: _____

Kinderarzt od. Hausarzt: _____

Anschrift/Telefon: _____

Hiermit erklären wir uns/ ich mich damit einverstanden, dass an o.g. Ärzte der Abschlussbericht meines Kindes/von mir gesendet werden darf.

Schulische Daten:

Jetzige Schule, Ort: _____

Klasse: _____ Notendurchschnitt: _____

Schulbesuch während der Therapie:

- Hauptschule
 Mittelschule
 Realschule
 Gymnasium
 Praktikum
 Förderschule
 Insula Schule

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsber./bzw. vollj. Patienten