| St. Georg | **Anreiseformular** | St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationskliniken 79862 Höchenschwand |
|---|---|---|

Anreisedatum:_____Geburtsdatum:_____

Familienname:_____Vorname:_____

Telefon Nr:_____Email:_____

## • NAME UND GENAUE ANSCHRIFT IHRER KRANKENKASSE:

_____

## • ANSCHRIFT IHRES HAUSARZTES:

Vor- / Nachname:_____Tel.Nr.:_____

Straße:_____PLZ:_____Ort:_____

## • ART DER ANREISE:

❍ Anreise mit eigenem PKW ➔ Kennzeichen: _____

❍ werde gebracht

❍ Öffentliche Verkehrsmittel (Füllen Sie bitte den beigefügten "Abholschein" aus und senden Sie diesen rechtzeitig an uns zurück)

## • EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR SCHWEIGEPLFICHTSENTBINDUNG:

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Reha-Arzt und dessen aktuelle Vertretung von der Schweigepflicht, soweit es die Beantwortung von Fragen zu meiner Behandlung in den St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationskliniken betrifft, gegenüber nachfolgend genannter Person:

Vor- /Nachname:_____Tel.Nr:_____

Straße:_____PLZ:_____Ort:_____

Verwandtschaftsgrad: _____(z.B.: Ehemann/Ehefrau, Sohn, Tochter, Onkel, Freund usw.)

Der von der Schweigepflicht entbundene Arzt (bzw. bei dessen Abwesenheit sein Stellvertreter) wird ausdrücklich ermächtigt, alle für meinen Fall relevanten gesundheitlichen Daten und Informationen an die oben genannte Person weiterzugeben.

_____

Datum und Unterschrift

Bitte teilen Sie uns VOR Ihrer Anreise mit, was berücksichtigt werden muss:
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

---

❍ Sauerstoffpflichtig: ❍ benötige Gerät/e vom Haus ❍ bringe tragbares Gerät mit
Bitte ankreuzen ❍ Löwenstein ❍ Sapiolife ❍ _____

❍ Rollstuhlfahrer: ❍ benötige Rollstuhl vom Haus ❍ bringe Rollstuhl mit

❍ Gehhilfe: ❍ benötige Gehhilfe vom Haus ❍ bringe Gehhilfe mit

Welche: _____ (z.B. Gehstöcke, Rollator, Krücken, Walkingstöcke etc.)

❍ schlecht zu Fuß (eingeschränkt beim Treppensteigen)

❍ Unterstützung Pflege (beim Waschen, Anziehen)

❍ Allergien / Lebensmittelallergien / Unverträglichkeiten, wenn ja welche?

_____

Bei Allergien und Unverträglichkeiten, nehmen Sie bitte schnellstmöglich Kontakt zu unserer Ernährungsberatung auf.
E-Mail: Ernaehrungsberatung@fachklinik-st-georg.de
Tel.: 07672 411 618

❍ Besondere Ernährungsformen, wenn ja, welche? (Diabetikerkost/ Schonkost/ Vegetarisch?

_____

Vegane und Ketogene Kost wird im Haus nicht angeboten

Zimmerwünsche
werden aus organisatorischen Gründen
nicht berücksichtigt.

# REISE – CHECK - LISTE

...was Sie mitbringen bzw. beachten sollten....

## Medizinische Unterlagen

- ✓ Neue Befunde/Berichte vom Haus- und Facharzt, Krankenhausbericht (falls vorhanden)
- ✓ Aktuelles Röntgenbild (falls vorhanden)
- ✓ Diabetiker Ausweis
- ✓ Schwerbehindertenausweis, ggf. Rentenbescheid
- ✓ Nachsorge-, Röntgen-, Allergie-, Impfpass
- ✓ Versichertenkarte
- ✓ Medikamente bitte mitbringen (Ihre aktuellen Medikamente bzw. Bedarfsmedikation)
- ✓ Medikamentenplan (falls vorhanden mit QR Code)
- ✓ Ärztlich verordnete Hilfsmittel (Brille, Hörgerät, Gehstock, Pari Boy usw.)

## Sonstiges

- ✓ Bequeme Sportbekleidung
- ✓ Ein großes Badetuch **100 x 180 cm** oder Bettlaken für die Therapien
- ✓ Feste Wanderschuhe
- ✓ Turn- oder Gymnastikschuhe, wenn möglich mit hellen Sohlen
- ✓ Badebekleidung, Badeschuhe, Waschsachen
- ✓ Wecker
- ✓ Haar Fön
- ✓ Badetücher und Bademantel für das Hallenbad
  (⇨Handtücher auf dem Zimmer werden gestellt – 1 Badetuch, 1 Handtuch – Wechsel zweimal wöchentlich)
- ✓ Saisonelle Bekleidung (Regenjacke, Winterjacke etc.)
- ✓ Walkingstöcke können bei der Tourist-Info im Haus des Gastes ausgeliehen werden.
- ✓ Fahrradabstellmöglichkeiten vorhanden

## Kostenpflichtige Zusatz- bzw. Pfandleistungen

- ✓ 10,- € für Sprudel Kiste (12 x 0,7 Liter Flaschen) ⇨ davon 5,- € Pfand
  (Zu den Mahlzeiten wird Ihnen Tafelwasser gestellt)
- ✓ 2,- € für Benutzung der Waschmaschine
  (Wasch-, Trocken- und Bügelmöglichkeit vorhanden, bitte Waschmittel mitbringen)
- ✓ 10,- € Pfand
  (wird für den Zimmerschlüssel an der Rezeption hinterlegt. Sie erhalten das Pfand am Ende Ihres Aufenthalts gegen Rückgabe des Zimmerschlüssels wieder zurück).

## Bekommen Sie Besuch?

Wir freuen uns, dass wir Sie demnächst zu einer Rehabilitationsmaßnahme in unserer Klinik begrüßen dürfen.
In diesem Zusammenhang haben Sie bei uns auch die Möglichkeit, eine Begleitperson für einen beliebig langen Zeitraum mitzubringen.

### Hierzu bieten wir Ihnen an:

Übernachtung mit Vollpension 1-6 Nächte € 80,-- pro Pers./ Tag
ab 7 Nächte € 68,-- pro Pers./ Tag

Bitte teilen Sie uns **rechtzeitig** vor Antritt Ihrer Reha-Maßnahme mit, ob eine Begleitperson mit Ihnen anreist.

*Ihre Begleitung möchte auch etwas für die Gesundheit tun? …interessiert?*

Hierzu bieten wir verschiedene Gesundheitsprogramme an, die Sie aus unserem beigefügten Flyer "Pauschalangebote" entnehmen können oder informieren Sie sich auf unserer Homepage.

Haben Sie hierzu Fragen? ….wir nehmen uns gerne Zeit für Sie

➞ Kostenfreie Service Nummer Zentrale 0 800 / 411 411 0

Telefon: 07672 / 411 – 602 oder 603 Patientenverwaltung
Fax: 07672 / 411-656
E-Mail: Reservierung@fachklinik-st-georg.de

E-Mail Zentrale: info@porten.de
Homepage: www.porten.de

Ihre
St. Georg
Vorsorge- und Rehabilitationsklinik
Kurhausplatz 1
79862 Höchenschwand