

Anmeldebogen orthopädische Anschlussheilbehandlung (AHB)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

Adresse

Telefon (privat, mobil)

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Ggf. Zusatzversicherung (bei
Beamten Beihilfe)

Ggf. Zusatzversicherung (bei
Beamten Personalnummer)

Name Angehöriger

Verhältnis (z. B. Ehegatte)

Telefon Angehöriger

Hausarzt

Adresse Hausarzt

**Wünschen Sie besondere Wahlleistungen zu Ihrem
Aufenthalt? Bitte ggf. die Kostendeckung der privaten
Zusatz-(Versicherung überprüfen. Bitte ankreuzen:**

Chefarztbehandlung (Abrechnung
erfolgt nach GOÄ)

Wahlleistung Zimmer