**Reha Wunschklinik Formular**

Persönliche Informationen des Antragstellers:

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: //\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse des Antragstellers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktinformationen des Antragstellers:

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rehabilitationswunsch:

Ich wünsche eine Rehabilitation in folgender Klinik:

Name der Wunschklinik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse der Wunschklinik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Begründung des Rehabilitationswunsches:

(Bitte geben Sie hier an, warum Sie diese spezielle Klinik für Ihre Rehabilitation wünschen)

Gesundheitszustand und Vorerkrankungen:

(Bitte geben Sie hier Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand und zu eventuellen Vorerkrankungen an)

Besondere Anforderungen oder Bedenken:

(Gibt es besondere Anforderungen, Bedenken oder Einschränkungen, die bei Ihrer Rehabilitation berücksichtigt werden sollten?)

Unterschrift des Antragstellers:

Datum:

Datum: //\_\_\_\_