



**Fragebogen II**  
**Zur Aufnahme - Adressen Ärzte**

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Versendung des Abschlussberichtes benötigen wir die Adressen der Ärzte, bei denen Sie derzeit in Behandlung stehen.

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular zu oder geben es an Ihrem Anreisetag bei der Aufnahme ab.

Vielen Dank!

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

Fachbereich: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fachbereich: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fachbereich: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_