

# Tagklinik Westend

## Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Westendstraße 193  
80686 München  
Telefon 089/202 44 48 - 0  
Telefax 089/202 44 48 - 200  
E-Mail: anmeldung@tagklinik-westend.de  
www.tagklinik-westend.de

Name:	Vorname:	
Geburtsname:	Geburtsdatum:	Fam.-Stand:
Straße / Nr.:	Konfession:	
PLZ:	Wohnort / Kreis:	
Beruf:	Arbeitgeber:	
Tel. (privat):	Tel. (dienstl.):	
E-Mail (privat):	Tel. (Angehörige):	
Anschrift / Tel. d. einweisenden Arztes:	LANR / BSNR-Nr. des einweisenden Arztes:	
Krankenkasse, Anschrift:	Anschrift / Tel. d. beh. Therapeuten:	
Anschrift der Zusatzversicherung:	selbstversichert	<input type="checkbox"/>
	familienversichert	<input type="checkbox"/>
	Krankenhaustagegeldversicherung	<input type="checkbox"/>
Ich wünsche privatärztliche Behandlung mit gesonderter Liquidation (Wahlleistung Arzt)		<input type="checkbox"/>
Bitte beachten Sie: Die Kosten für Wahlleistungen sind vom Patienten bzw. seiner privaten (Zusatz-)Versicherung zu tragen. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen kann nur für die gesamte Dauer des teilstationären Aufenthaltes erfolgen.		
Ich kann ab dem _____ zur Behandlung kommen.		_____
		Datum / Unterschrift: