



Ostseeklinik Schönberg-Holm
An den Salzwiesen 1
24217 Ostseebad Schönberg

Hinweise zur Anmeldung:

- Füllen Sie bitte diese Anmeldung vollständig aus und senden Sie uns das Anmeldeschreiben im verschlossenen Umschlag zu. Auch wenn Sie schon als Patient in unserem Hause angemeldet sind, benötigen wir zur Aufnahme Ihrer Begleitperson Ihre Daten.
- **Die ordnungsgemäße An- und Abmeldung an der Rezeption wird vorausgesetzt.**
- **Vertragspartner ist der Patient.** Die Gesamtzahlung erfolgt nach Rechnungslegung am Abreisetag bar oder per ec-Karte an der Rezeption.
- Preise gültig ab 1. Januar 2025. Änderungen vorbehalten.

Datenschutz:

- Die unten genannten Personen haben Kenntnis davon genommen, dass die im Zusammenhang dieser Aufnahmevereinbarung notwendigen persönlichen und sozialen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Wahrung der Voraussetzungen der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen benutzt werden können.

Ihre Buchung bestätigen wir schnellstmöglich.

Vielen Dank.

Nur leserliche und vollständig in Druckbuchstaben ausgefüllte Anmeldungen können bearbeitet werden!
Bitte wenn möglich, 10 Tage vor der Anreise des Patienten, spätestens jedoch 3 Tage vor der Anreise der Begleitperson, ausgefüllt zurücksenden.

Patient: Frau Herr

Begleitperson: Frau Herr

Name

Name

Vorname

Vorname

Straße

Straße

PLZ/Ort

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Anreisetag

Anreisetag

Abreisetag

Abreisetag

Zimmer-Nr. (wenn bekannt)

Telefon

E-Mail

Die Unterbringung erfolgt gemeinsam im Patientenzimmer.

Preis pro Tag, inklusive Vollpension 83,20 €.

(Beinhaltet am Anreisetag ein Mittag- und ein Abendessen und am Abreisetag ein Frühstück, Preis inkl. MwSt.)

Hiermit bestätige ich die Verbindlichkeit der Anmeldung:

Datum

Unterschrift Patient



Während meines Aufenthaltes möchte _____ folgende Therapien in Anspruch nehmen: (Name, Vorname Begleitperson)

Nur auszufüllen, wenn Sie kein Rezept mitbringen oder wenn Sie zusätzlich andere Anwendungen in Anspruch nehmen möchten. Sollten Sie ein Rezept von Ihrem Hausarzt erhalten, senden Sie uns dieses bitte vorab per Fax an 0 43 44/37 77 00 oder per E-Mail an therapieplanung@ostseeklinik.com und bringen das Original bei Ihrer Anreise mit.

Table with 3 columns: Gewünschte Anzahl, Therapy Name, Preis pro Termin zzgl. MwSt. Includes items like Klassische Massage, Fußreflexzonenmassage, Moorpackung, etc.

Weitere Anwendungen / Therapien nach Rücksprache.

Termine werden nach Verfügbarkeit vergeben. Am Wochenende findet für Gäste keine Therapie statt.

Für Fragen stehen wir Ihnen per E-Mail: therapieplanung@ostseeklinik.com oder per Telefon 0 43 44/37 17 02 gern zur Verfügung.

Hiermit bestätige ich die Verbindlichkeit meiner Buchung:

Datum

Unterschrift Patient