

ANMELDEFORMULAR (Seite 1)

Rehabilitationskurs: von _____ bis _____ 200_____ GR Nummer _____

1. Daten des Elternteils/der Begleitperson: Hr. Fr.

Vorname(n): _____ Geburtsdatum: ____/____/____
TT MM JJJJ

Nachname(n): _____

Land: _____ Postleitzahl: _____

Ort: _____ Strasse, Nr. _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____@_____

2. Daten des Patienten: Hr. Fr.

Vorname(n): _____

Nachname(n): _____

Geburtsdatum: ____/____/____ Datum letzter Diagnose: ____/____/____
TT MM JJJJ TT MM JJJJ

Versicherungsgesellschaft: _____

Größe (Länge) des Patienten: _____ (cm) Schuhgröße: _____

Diagnose: _____

Bisherige Operationen, Therapien, Rehabilitationskurse, u.a.:

ANMELDEFORMULAR (Seite 2)

Epilepsie: a) Anzahl der Anfälle innerhalb eines Monats _____

b) Medikamente _____

Röntgen der Hüftgelenke (maximal 6 Monate alt), ärztlicher Befund:

Herzfehler: _____ Skoliose: _____

Diabetes: ja nein

Hydrocephalus: ja nein

Tracheostomie: _____

Shunts: ja nein

Optische und akustische Fähigkeiten:

Aktuell verwendete Medikamente, Zweck:

Motorische Fähigkeiten (z.B. Krabbeln, Gehen, Sitzen, usw.):

Verwendete Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen, usw.): _____

Allergien: _____

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des ADELI Rehabilitationszentrums habe ich gelesen und erkläre mich damit einverstanden. Weiters bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum: _____ Unterschrift (gesetzlicher Vormund): _____

*Wir bitten Sie dieses Formular an das ADELI Zentrum,
Faxnummer +421 3377 18 108 zuzusenden.*