



Habichtswald- Klinik



Habichtswald- Klinik

Kontakt


Habichtswald-Klinik
Aufnahmebüro
Frau Sotzek, Frau Arend
Tel.: 05 61 / 31 08 - 622

Sekretariat Innere Abteilung
Frau Böttger, Tel.: 05 61 / 31 08 -102

E-Mail: innere@habichtswaldklinik.de
www.habichtswaldklinik.de


Innere Abteilung
Kassel – Bad Wilhelmshöhe

Melden Sie
sich jetzt an!



Habichtswald-Klinik
Wigandstr. 1 · 34131 Kassel
Tel. 05 61 / 31 08-0 · Fax 05 61 / 31 08-858

Eine Klinik der Wicker-Gruppe · Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001
Erfüllt die Qualitätsgrundsätze
der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation



Gesund, vital und
fit für den Alltag.

Programme der Inneren Abteilung
für Selbstzahler

Anmeldeformular "Spezielle Programme" der Inneren Abteilung

Bitte ausgefüllt faxen an 08 00/7 32 73 80 oder per Post senden an:
Habichtswald-Klinik, Aufnahmebüro
Frau Sotzek / Frau Arend · Wigandstraße 1 · 34131 Kassel

Ich habe mich für das nachfolgende Programm entschieden
und möchte mich hiermit anmelden:

- Standard-Programm** für nur **115,77 Euro** pro Tag
(Details finden Sie auf Seite 3 unseres Prospektes)
- Classic-Programm** für nur **142,77 Euro** pro Tag
(Details finden Sie auf Seite 4 unseres Prospektes)
- Premium-Programm** für nur **220,77 Euro** pro Tag
(Details finden Sie auf Seite 5 unseres Prospektes)
- Ich nehme am Heilfasten teil**

*Die o. g. Programme gelten nur für gesetzlich versicherte
Selbstzahler ohne Kostenübernahmeerklärung eines
offiziellen Kostenträgers für einen stationären Aufenthalt.*

- Pauschaler Tagessatz** für nur **75,00 Euro** pro Tag
(Details finden Sie auf Seite 6 unseres Prospektes)
- Upgrade Komfortzimmer** für nur **78,00 Euro** pro Tag
(Details finden Sie auf Seite 5 unseres Prospektes)
- Ich nehme am Heilfasten teil**

*Das o. g. Programm gilt nur für privat versicherte oder beihilfeberechtigte
Selbstzahler ohne Kostenübernahmeerklärung eines offiziellen Kostenträgers
für einen stationären Aufenthalt.*

Meine persönlichen Daten:

Vor-/Zuname: _____

Straße/Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Gewünschter Aufenthaltszeitraum:

Anreisetag: _____

Abreisetag: _____

*Sollten Sie bereits am Anreisetag einen Gesprächstermin
mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt wünschen,
bitten wir Sie bis spätestens 12.00 Uhr anzureisen. Vielen Dank.*

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

*Bitte beachten Sie, dass mit Ihrer Unterschrift
diese Anmeldung ab Eingang in unserer Klinik verbindlich ist.*

Wir freuen uns auf Ihren Besuch und wünschen Ihnen eine gute Anreise! Ihr Team der Habichtswald-Klinik