Therapiezentrum Katholisches Klinikum Koblenz · Montabaur
Postfach 300 262 · 56026 Koblenz

Kardinal-Krementz-Str. 1-5 · 56073 Koblenz
Fax (0261) 496 - 6484
klikomo@kk-km.de · www.kk-km.de

Anmeldeformular für Rehasport

Datum: _____

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

Krankenkasse: _____ **Versichertennr.:** _____

Dauer der Verordnung:

- ○ 6 Monate
- ○ 18 Monate

Gewünschter Ort:

- ○ Brüderhaus / Halle St. Josef
- ○ Marienhof / kleine Halle Physiotherapie

An folgenden Tagen, bzw. Uhrzeiten kann ich nicht:

Anlage:
Kopie der Rehasportverordnung