

AUFNAHMEGESUCH

Hiermit bitte ich um ein Abklärungsgespräch für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung im Therapiezentrum Meggen.

Name	_____	Vorname	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Nationalität	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Zivilstand	_____	Beruf	_____
Anzahl Kinder	_____		

Bezugsperson

Name	_____	Telefon	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____

Krankenkasse _____

Haben Sie Kontakt mit einer **Beratungsstelle**? Nein Ja, mit: _____
Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Einweisende Stelle

Name	_____	Telefon	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____

Hausarzt

Name	_____	Telefon	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____

Datum _____ Unterschrift _____

Neben dem Aufnahmegesuch bitten wir um ein persönliches Motivationsschreiben.