

Aufnahmewunsch Elternunterkünfte (Elternzimmer / Elternhaus)

*Pflichteingaben

Name des Patienten* Geburtsdatum* unter 7 JahreAufnahmedatum* Für welche Abteilung/Station* **1. Begleitperson*** Frau Herr Name* Stillende Mutter?Aufenthalt ab wann?* Ca. wie lange?* **Weitere Begleitperson** Frau Herr Name Aufenthalt ab wann? Ca. wie lange? **Übernachten auch Geschwister?** NEIN JA **Falls ja,** Anzahl: Alter: **Freiwillige Angabe** (dient der besseren Unterkunftsplanung):Welche **Erkrankung** hat das **Kind**? **Grund** für den **Klinikaufenthalt** (z.B. Herz-OP)? Ihre Mobilnummer/Telefonnummer für evtl. Rückfragen* Ihre E-Mail-Adresse für evtl. Rückfragen Ggfs. weitere
Informationen

Zu den konkreten voraussichtlichen Unterkunftsmöglichkeiten können Sie sich an der Rezeption ab drei Tagen vor dem Aufnahmetag erkundigen: Tel. 02241-249-0.

Das ausgefüllte Formular bitte der Rezeption übermitteln: Per Mail-Button (siehe unten) oder vor Ort in Sankt Augustin oder per Post oder eingescannt an pforte.st.augustin@asklepios.com oder an Fax 02241-249-403.