Ostseeklinik Schönberg-Holm

ANMELDUNG FÜR BEGLEITPERSONEN

Ostseeklinik Schönberg-Holm
An den Salzwiesen 1
24217 Ostseebad Schönberg

Hinweise zur Anmeldung:

- **Die ordnungsgemäße An- und Abmeldung an der Rezeption wird vorausgesetzt.**
- **Vertragspartner ist der Patient.**
  Die Gesamtzahlung erfolgt nach Rechnungslegung am Abreisetag bar oder per EC-Karte an der Rezeption.
- Preise gültig ab 1. Januar 2027. Änderungen vorbehalten.

Datenschutz:

- Die unten genannten Personen haben Kenntnis davon genommen, dass die im Zusammenhang mit dieser Aufnahmevereinbarung notwendigen persönlichen und sozialen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Wahrung der Voraussetzungen der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen benutzt werden können.

Ihre Buchung bestätigen wir schnellstmöglich.

Füllen Sie die Anmeldung leserlich und vollständig (Patient + Begleitperson) in Druckbuchstaben aus, damit sie bearbeitet werden kann. **Wenn möglich, bitte 10 Tage vor der Anreise des Patienten, spätestens jedoch 3 Tage vor der Anreise der Begleitperson, ausgefüllt zurücksenden.**

Patient: ☐ Frau ☐ Herr

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Anreisetag

Abreisetag

Zimmer-Nr. (wenn bekannt)

Begleitperson: ☐ Frau ☐ Herr

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Anreisetag

Abreisetag

Telefon

E-Mail

Die Unterbringung erfolgt gemeinsam im Patientenzimmer.
Kreuzen Sie bitte die Anzahl Ihrer Nächte an. Eine Erklärung zu den Staffelpreisen finden Sie auf dem **Flyer für Begleitpersonen.** Der Preis ist inklusive Vollpension. (Am Anreisetag ist ein Mittag- und ein Abendessen sowie am Abreisetag ein Frühstück im Preis inbegriffen; Preis inkl. MwSt.)

☐ 1 – 3 Nächte (80,- € / Nacht)
☐ 4 – 6 Nächte (76,- € / Nacht)
☐ 7 – 9 Nächte (72,- € / Nacht)
☐ 10 + Nächte (64,- € / Nacht)

Hiermit bestätige ich die Verbindlichkeit der Anmeldung:

Datum

Unterschrift Patient

© Ostseeklinik Schönberg-Holm · OSH 15929 · 26.10.12

Ostseeklinik Schönberg-Holm

WAHLLEISTUNGEN FÜR BEGLEITPERSONEN

Während meines Aufenthaltes möchte _____ **folgende Therapien in Anspruch nehmen:**
(Name, Vorname Begleitperson)

Nur auszufüllen, wenn Sie kein Rezept mitbringen oder wenn Sie zusätzlich andere Anwendungen in Anspruch nehmen möchten. Sollten Sie ein Rezept von Ihrem Hausarzt erhalten, senden Sie uns dieses bitte vorab per Fax an 0 43 44 / 37 77 00 oder per E-Mail an therapieplanung@ostseeklinik.com und bringen das Original bei Ihrer Anreise mit.

Gewünschte Anzahl		Preis pro Termin zzgl. 19 % MwSt.
☐	Klassische Massage	35,11 €
☐	Fußreflexzonenmassage	35,11 €
☐	Moorpackung	26,18 €
☐	Heißluft	12,02 €
☐	Krankengymnastik	48,20 €
☐	Manuelle Therapie	57,12 €
☐	Kinesiotape	29,75 €
☐	Ergometertraining	21,54 €
☐	Bewegungsbad	26,42 €
☐	Gymnastik	21,54 €
☐	Muskelentspannung	21,54 €
☐	Nordic Walking (30 Min.)	21,54 €
☐	Nordic Walking (60 Min./gute Belastbarkeit erforderlich)	23,80 €
☐	Medizinische Trainingstherapie (Im Preis enthalten sind Einführung, Trainingsplanerstellung und freies Training. Weitere therapeutisch geleitete Trainingseinheit kostet 23,80 €)	29,75 €

Weitere Anwendungen / Therapien nach Rücksprache.

Termine werden nach Verfügbarkeit vergeben. Am Wochenende findet für Gäste keine Therapie statt. Für Fragen stehen wir Ihnen per E-Mail: therapieplanung@ostseeklinik.com oder per Telefon unter 0 43 44 / 37 17 02 (Anrufbeantworter) gern zur Verfügung.

Hiermit bestätige ich die Verbindlichkeit meiner Buchung:

Datum _____ Unterschrift Patient