

Dokument-Nr.	Revision	Seite
BD-05	4/11.2009	1 von 2



Reha-Zentrum Lübben
Postbautenstr. 50

15907 Lübben

Reha-Zentrum Lübben

Kliniken Professor Dr. Schedel GmbH
Fachklinik für Orthopädie und Onkologie

Postbautenstraße 50 . 15907 Lübben
Tel. 03546-23 80 . Fax 03546-23 87 00

<http://www.rehazentrum.com>
info@rehazentrum.com

Unterbringungsvertrag/Reservierungsvertrag

Hiermit bestelle ich (Patient):

Name: Vorname:..... Zi.-Nr.:

für meine Begleitperson:

Name: Vorname:..... geb. am:

PLZ/Ort: Straße

in der Zeit vom bis

ein Zustellbett d. og. Patienten (im Einzelzimmer)

einschl. Halbpension (Frühstück / Abendessen) für mich zu folgenden Entgelten:

28,00 € pro Tag pro Person

Zur rechtzeitigen Reservierung senden Sie bitte den Vertrag schnellstmöglich zurück!

Für nicht eingenommene Mahlzeiten erfolgt **keine** Rückvergütung. Ambulante Badekuren können in unserem Hause nicht durchgeführt werden. Bei vorzeitiger Abreise des Patienten ist der Unterbringungsvertrag der Begleitperson durch das Reha-Zentrum Lübben aufgekündigt.

Rezepte können nur nach Prüfung unserer Kapazitäten entgegengenommen werden.

Die Kosten sind in der Anreiseweche in bar oder mit EC-Karte zu begleichen.

Eine Fremdenverkehrsabgabe von 1 € pro Person und Tag ist vor Ort am Anreisetag zu entrichten.

Bitte beachten Sie auch Seite 2.



Angaben zu Ihrer Begleitperson

Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor? Ja Nein

Pflegestufe: keine 1 2 3

Liegt eine Vormundschaft vor? Ja Nein

Liegt eine Demenz/psychiatrische Erkrankung vor? Ja Nein

Wenn Sie eine der Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie im Vorfeld eine Person anzugeben, die im Fall, dass Sie selbst nicht in der Lage sind (z.B. Krankenhausaufenthalt), die Betreuung der Begleitperson übernimmt.

Die angegebene Person wird dann gegebenenfalls vom medizinischen Personal informiert und sollte in der Lage sein, den zu Betreuenden bis spätestens am nächsten Tag, 12 Uhr aus unserer Klinik abzuholen.

Name, Vorname:

Anschrift:

Tel.-Nr. (auch tagsüber erreichbar):

Bitte haben Sie Verständnis, dass unser Pflegepersonal nur in Ausnahmefällen und nur vorübergehend die Betreuung übernehmen kann.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift des Antragstellers

