

.....
Anreise

.....
Abreise

.....
Zimmer

Aufnahmevertrag – Begleitperson

.....
Name

.....
Vorname

.....
Geb.-Datum

.....
Tel.-Nr.

.....
Wohnort

.....
Straße

Hiermit erkläre ich mich bereit, die anfallenden Kosten von 61,00 Euro pro Tag inkl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer für meinen gebuchten Aufenthalt (Unterkunft im DZ und Verpflegung) in der Ostseeklinik Prerow zu tragen.

Eventuell anfallende Telefonkosten werde ich in der Hauptkasse begleichen. Den Zimmerschlüssel gebe ich am Tag meiner Abreise an der Rezeption ab.

Hinweise:

Betreffend einer ambulanten Vorsorgeleistung – Voraussetzung ist die Genehmigung der Krankenkasse – ist eine vorherige Absprache mit der Therapieplanung notwendig, da die Anwendungen nur bei freier Kapazität angeboten werden können. Die ärztliche Betreuung erfolgt hierbei nicht im Haus, sondern durch den Bäderarzt im Ort.

Bereits vom Hausarzt ausgestellte Rezepte (Leistungen der physikalischen Therapie) können im Ort und bei freier Kapazität im Haus eingelöst werden.

Während des Aufenthaltes ist eine Zusatzversorgung über Sonderkostformen (beispielsweise mit laktosefreier oder glutenfreier Kost) generell ausgeschlossen.

Der Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung wird unsererseits empfohlen.

Wichtig: Bitte senden Sie diesen Aufnahmevertrag innerhalb von 14 Tagen an uns zurück, da sonst Ihre Reservierung verfällt.

.....
Prerow, den

.....
Unterschrift Klinik

.....
Unterschrift Begleitperson