

## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die ORTHOPÄDISCHE KLINIK TEGERNSEE  
als **Begleitperson**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zu den allgemeinen Vertragsbedingungen zur Unterbringung von Angehörigen von  
Patienten der Orthopädischen Klinik Tegernsee.

**Zimmer Nr.:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Name**

\_\_\_\_\_  
**Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Geb.-Datum**

\_\_\_\_\_  
**Straße/Hausnummer**

\_\_\_\_\_  
**PLZ**

\_\_\_\_\_  
**Wohnort**

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**