



## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die ORTHOPÄDISCHE KLINIK TEGNERSEE

als **Begleitperson** vom

bis

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

**Name der Patientin/ des Patienten**

**Name der Begleitperson**

**Vorname der Begleitperson**

**Geb.-Dat. der Begleitperson**

**Straße/Hausnummer der Begleitperson**

**PLZ & Wohnort der Begleitperson**

**Telefon der Begleitperson**

**Ort, Datum**

**Unterschrift**