



Schützenstraße 100
86949 Windach

Tel 0 81 93/72-850
Fax 0 81 93/72-25 850

E-Mail anmeldung@klinik-windach.de
Web www.klinik-windach.de

Name:		Vorname:
Geburtsdatum:	Alter:	Geburtsname:
Straße, Nr.:		PLZ:
Ort:		Land:
Tel. privat: Tel. Handy: E-Mail:		Beruf: Tel. dienstl.:
Familienstand: Staatsangehörigkeit:		Angehöriger, Name, Telefon:
Gesetzl. Betreuer ☐ Ja (Betreuerausweis in Kopie beilegen) ☐ Nein		
Einweisender Arzt, Anschrift, Tel:		beh. Therapeut, Anschrift, Tel:
Krankenkasse:		Zusatzversicherung:

☐ Ich beantrage die Aufnahme in die Psychosomatische Klinik Windach zu den derzeit gültigen Bedingungen.

Bitte beachten Sie: Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen nur die Kosten für die allgemeine Pflegekasse mit der Unterbringung im Zweibettzimmer Standard. Eine Genehmigung Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ist nicht erforderlich. Falls Sie privat (Zusatz) versichert sind, bitten wir um rechtzeitige Beantragung der Kostenübernahme.

Komfort- und Wahlleistungen:

Bitte beachten Sie: Die Kosten für Wahlleistungen sind vom Patienten bzw. seiner privaten (Zusatz-) Versicherung zu tragen. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen kann nur für die gesamte Dauer des stationären Aufenthaltes erfolgen. Wir weisen darauf hin, dass die Wahlleistungen „Privatärztliche Behandlung“ und die Komfortleistung „Zweibett-/Einbett-Zimmer“ unabhängig voneinander in Anspruch genommen werden können. Die Komfortleistung „Zimmer“ ist in Bayern nicht beihilfefähig.

Komfortleistungen Zimmer:

Komfortleistung Einbettzimmer m. Dusche, WC, Telefon, Balkon	☐ Zuschlag	159,00 EUR/Tag
Komfortleistung Einbettzimmer Haupthaus m. Dusche, WC, Telefon	☐ Zuschlag	106,00 EUR/Tag
Komfortleistung Zweibettzimmer m. Dusche, WC, Telefon, Balkon	☐ Zuschlag	82,00 EUR/Tag

(Stand 07/2025)

Wahlleistungen Arzt:

Privatärztliche Behandlung mit gesonderter Liquidation ☐ Ja ☐ Nein

Ich kann ab _____
zur Behandlung kommen.

Datum/Unterschrift



A U 0 1 0 1 0 2