

**Buchungsauftrag für das Angebot  
der „Inneren Abteilung“ der Habichtswald-Klinik  
Wigandstr. 1, 34131 Kassel, Telefax: 0561/3108-128**

Hiermit melde ich mich verbindlich für das Angebot der Inneren Abteilung an:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Buchung zu einem pauschalen Tagessatz von 115,-- € inklusive ärztlich/therapeutischer Leistungen. Dieses Angebot gilt nur für Selbstzahler ohne Kostenübernahmeerklärung eines offiziellen Kostenträgers für einen stationären Aufenthalt (z. B. gesetzliche Krankenkasse, Beihilfe und/oder PKV oder andere Kostenträger). Hier gelten andere Tagessätze. Die Kosten können nicht bei der Krankenkasse geltend gemacht werden.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Buchung zu einem pauschalen Tagessatz von 75,-- € für Übernachtung und Verpflegung zuzüglich ärztlich/therapeutischer, medikamentös-apparativer und Laborleistungen durch den Chefarzt, Herrn Dr. Schmiedel, die nach GOÄ berechnet werden. Dieses Angebot gilt nur für Selbstzahler ohne Kostenübernahmeerklärung eines offiziellen Kostenträgers für einen stationären Aufenthalt (z. B. Beihilfe und/oder PKV oder andere Kostenträger). Hier gelten andere Tagessätze.
--------------------------	--

**Gewünschter Zeitraum:**

\_\_\_\_\_ Anreisetag

\_\_\_\_\_ Abreisetag

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anreise bitte bis 12.00 Uhr, wenn am gleichen Tag ein Gesprächstermin mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt stattfinden soll.