



m&i-Fachklinik Enzensberg · Höhenstraße 56 · 87629 Hopfen am See/Füssen

Interdisziplinäres Schmerzzentrum der  
Fachklinik Enzensberg  
Höhenstraße 56

87629 Hopfen am See

Bitte Absender eintragen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handy: \_\_\_\_\_

E-Mailanschrift: \_\_\_\_\_

## Anmeldung zur stationären Behandlung im Interdisziplinären Schmerzzentrum an der m&i-Fachklinik Enzensberg

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich mich zur stationären Behandlung an Ihrem Schmerzzentrum anmelden.

Beiliegend finden Sie einen stationären Einweisungsschein durch meine:n behandelnde:n Arzt:in.

Weitere behandelnde Ärzt:innen (bezugnehmend auf meine Schmerzen) sind:

1. Dr.: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_ Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

2. Dr.: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_ Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

Ich sende Ihnen den Fragebogen und alle meine Schmerzen betreffenden ärztlichen Unterlagen zu.

Ich bitte meine:n Arzt:in Ihnen diese Unterlagen kurzfristig zur Verfügung zu stellen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mir ist bekannt, dass die Therapiedichte an der m&i-Fachklinik Enzensberg sehr groß ist und gelegentlich auch an Abenden sowie zeitweise an Wochenenden Behandlungen stattfinden. Mir ist weiterhin bekannt, dass dazu eine gewisse körperliche Fitness notwendig ist, welche bei mir vorliegt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift