

Ihr persönlicher Ansprechpartner  
**Klinik für Manuelle Medizin**  
Chefarzt Dr. med. Volker Liefing  
Ltd. Oberarzt Dr. Stephan Vinzelberg

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte füllen Sie das Anmeldeformular für die Patientin /den Patienten aus  
und senden Sie es per E-Mail an **station-mm@sana-kl.de** oder  
**FAX 030 / 5518-4254**. Vielen Dank.

**Patienten- und Belegungsmanagement**  
Frau Klapschinski

Telefon 030 / 5518-4256  
Telefax 030 / 5518-4254  
E-Mail: station-mm@sana-kl.de  
**manuelle-medizin-berlin.de**

**Anmeldung zur**

Tagesklinik MM    Station MM   Walleistung:  CA    1-Bett    2-Bett

**Patient:**

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Versicherung:

Anmeldung durch (Praxis/Klinik):

Dringlichkeit:  hoch    mittel    niedrig

Begründung bei hoher Dringlichkeit:

**Diagnosen und Fragestellung sowie Bemerkungen:**


relevante **psychologische** sowie **belastungslimitierende internistische** oder **neurologische** Erkrankungen:


Gehdauer < 1 Stunde    UAG    Rollator    Rollstuhlfahrer    Atem-oder Sauerstoffgerät  
 Arbeitsunfähigkeit seit     EU-Rente seit     Altersrente seit

Wir setzen uns zur Kontaktaufnahme mit der Patientin / dem Patienten in Verbindung.  
Vielen Dank für Ihre Anmeldung!

Das Team der Klinik und Tagesklinik für Manuelle Medizin