

Stabilisierungswoche

BAY FB R01 Stabilisierungswoche Verlängerung V 1.1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben Ihre Reha in unserem Haus sehr genossen und möchten Ihren Rehaerfolg in einer zusätzlichen Woche festigen? Buchen Sie eine Verlängerungswoche und nutzen unsere therapeutischen Anwendungen und Gesundheitskurse sieben Tage länger.

Gerne unterbreiten wir Ihnen ein Angebot zu einer Stabilisierungswoche, in der Sie etwas länger den Bayerischen Wald und unsere Fürsorge, Angebote und Leistungen genießen können.

Folgende Leistungen sind in der Stabilisierungswoche inkludiert:

- Begrüßungsgetränk & Obststeller auf dem Zimmer
- sieben Übernachtungen im Einzelzimmer (650,00€ p. P.) oder Doppelzimmer (590,00€ p. P.) mit Bad/ WC, Telefon, Fernseher und teilweise Balkon
- Vollpension mit Salatbuffet
- Einmalige, ärztliche Fachberatung
- 3 x Krankengymnastik
- 3 x Massage
- 2 x Fango
- Nordic Walking
- Gruppengymnastik
- Informationsveranstaltungen mit Fachexperten zur präventiven Gesunderhaltung
- Nutzung der Sauna und des Therapiebeckens
- Umfangreiches Freizeitprogramm

Wir würden uns freuen, wenn unser Angebot Ihr Interesse findet. Ein Formular zur Anmeldung haben wir auf Seite 2 beigefügt. Bitte beachten Sie, dass das Angebot nur im körperlich guten Allgemeinzustand in Anspruch genommen werden kann und Akutprobleme durch einen niedergelassenen Arzt im Ort behandelt werden müssen.

Seien Sie uns herzlich willkommen – Sie werden sich bei uns (weiterhin) wohlfühlen!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Bayerwaldklinik

>>> Anmeldeformular auf der nächsten Seite

Anmeldung Stabilisierungswoche

Ich nehme Ihr Angebot (wie auf Seite 1 beschrieben) gerne an und bitte um folgende Buchung:

Unterkunft und Vollpension für sieben Nächte

 im Einzelzimmer pro Person: 650,00 Euro im Doppelzimmer pro Person: 590,00 Euro

Gewünschter Zeitraum: von (TT.MM.JJ.) _____ bis (TT.MM.JJ) _____

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon, E-Mail: _____

Mein/e Hinweis/e an Sie:

Einwilligungserklärung zur Nutzung der persönlichen Daten zu Informationszwecken Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten von der Bayerwald-Klinik auch nach meinem Klinikaufenthalt zu Informationszwecken genutzt werden können. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben._____
Ort, Datum_____
Unterschrift