VORTUNA
GESUNDHEITSZENTRUM
BAD LEONFELDEN

retour an:

VORTUNA Gesundheitszentrum Bad Leonfelden
Spielau 8
4190 Bad Leonfelden

Bad Leonfelden, 25.03.2025

«Titel» «Vorname» «Name»
«Strasse»
«Land»-«PLZ» «Ort»

Bestätigung meines Aufenthalts im VORTUNA Gesundheitszentrum Bad Leonfelden
von «Aufnahmedatum» bis «Entlassungsdatum»

Hiermit bestätige ich meinen „Gesundheitsvorsorge AKTIV“ (GVA) Aufenthalt im VORTUNA Gesundheitszentrum Bad Leonfelden zum oben angeführten Termin.

Für eventuelle Rückfragen ersuchen wir Sie um Ihre Kontaktdaten:

Telefonnummer: _____ Mailadresse: _____

Telefonnummer Ihrer Vertrauensperson : _____

Müssen Sie eine Diät / Unverträglichkeiten einhalten? _____
Wenn ja, sind diese ernährungstherapeutisch relevant und erfordern eine Adaptierung der Verpflegung? _____

(*Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen – bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir **nur mittels ärztlichem Attest bzw. Allergiepass bestätigte Allergien/Unverträglichkeiten** in Ihrer Kostform berücksichtigen können.)*

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Gastes
GVA

Bitte senden Sie uns die Bestätigung sowie den Anamnesebogen der PVA per E-Mail (office@vortuna.at) oder per Post ausgefüllt retou