

Fachklinik Schloss Tessin  
Tessiner Dorfstraße 23  
19243 Tessin

## Anmeldung

1. Name:

---

---

2. Anschrift:

---

---

3. Geburtsdatum:

---

---

4. Geburtsort:

---

---

5. Telefon (Mobil/Festnetz):

---

---

6. E-Mail:

---

---

7. Familienstand:

---

---

8. Haustiere (die Sie mitbringen möchten):

---

---

9. Suchtberatungsstelle:

---

---

10. Entzug (geplant? wo? wann?):

---

---

---

---