

Anmeldung Kind

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name Vorname des Kindes		Geburtsdatum
Anschrift		
Name der Mutter		Name des Vaters
Straße Hausnummer		Straße Hausnummer
PLZ Ort		PLZ Ort
Telefon privat dienstlich		Telefon privat dienstlich
Telefon mobil		Telefon mobil
Mail		Mail
Krankenkasse	Versicherter	Arzt

War Ihr Kind schon einmal bei uns in Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldig nicht wahrgenommene Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten/Gesetzl. Vertreter/s

Einverständniserklärung

Mein Kind _____ (mind. 7 Jahre alt) darf
Vor- und Nachname

_____ darf in Vertretung
Vor- und Nachname

für den Erhalt von therapeutischen Leistungen für _____ unterschreiben.
Name des Kindes

Unterschrift Erziehungsberechtigter | Gesetzlicher Vertreter