

Praxis für Ergotherapie

Elisabeth Wielenberg



Anmeldung

Name, Vorname des Kindes | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer | PLZ, Wohnort

Telefon | Handy | E-Mail

Name, Vorname der Mutter

Name, Vorname des Vaters

Krankenkasse

Zuzahlungen: nicht befreit befreit | Beihilfe berechtigt: Ja Nein

Kinderarzt | Verordnender Arzt

Gab es bereits eine Therapie? Wenn ja, in welchem Zeitraum und wo?

Ja Nein |

Kindergartenkind | Schulkind

Hobbys / Interessen des Kindes

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss.

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.

In dieser Praxis werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert.

Ort, Datum | Unterschrift