



Anmeldung

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

Neue Str. 17
21244 Buchholz i. d. Nordheide
Tel.: 0 41 81 / 21 86 68 9
Fax: 0 41 81 / 21 87 15 5
e-mail: info@sprach-werk.com
www.sprach-werk.com

Name		
Vorname		Geburtsdatum
Name des Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreters		
Straße / Hausnummer		
PLZ / Wohnort		
Telefon privat / dienstlich	Telefon mobil	Email
Krankenkasse	Überweisender Arzt / Hausarzt	

Mitglied Angehöriger Rentner

Zuzahlungen: nicht befreit befreit

Waren Sie /War Ihr Kind schon einmal in logopädischer Behandlung?

ja nein

Wenn ja, bitte Zeitraum eintragen: _____

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 unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe des entsprechenden Tarifsatzes in Rechnung gestellt werden.

In dieser Praxis werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert bzw. mein Rezept zur Abrechnung an das Rechenzentrum weitergeleitet.

Ich willige ein, dass die Therapeuten der Praxis jederzeit während der laufenden Behandlung den behandelnden Arzt konsultieren können. Dieser wird durch die folgende Unterschrift für die Dauer der Behandlung von seiner Schweigepflicht entbunden.

Datum

Unterschrift