

# 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 unentschuldigt 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  
\_\_\_\_\_