



Anmeldung

NAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM:

Vor- und Nachnamen der Eltern

Straße u. Hausnr.

PLZ u. Ort

TEL.: PRIVAT

TEL.: DIENSTL.:

Handy:

KITA/Schule:

KRANKENKASSE:

ARZT:

TEL.:

Vor dem Beginn der Behandlung informieren wir Sie über ein paar übliche Vorgehensweisen:
In Zeiten der Abwesenheit des Therapeuten werden die Behandlungsstunden durch einen anderen
Therapeuten vertreten.

Geben Sie bitte so früh wie möglich Bescheid, wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können,
spätestens jedoch 24 Stunden vor der vereinbarten Behandlungszeit.

Im Weiteren benachrichtigen Sie uns umgehend, wenn sich Ihr Versicherungsstatus verändert hat.
Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine und bei fehlender Versicherung/ falschen
Versicherungsangaben wird der kassenübliche Satz in Rechnung gestellt.

Berlin, am

Unterschrift

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das therapeutische Team der
Ergotherapeutischen Praxis Timmer Informationen und vorliegende
Unterlagen über _____
bei Bedarf mit anderen Fachkräften (pädagogischer, medizinischer und
therapeutischer Art) austauscht.

Personengebundene Daten dürfen gespeichert und zweckgebunden genutzt
werden.

Berlin, am

Unterschrift