



## 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