



Goldregenstraße 56
12623 Berlin

Tel. 030 / 65 00 64 11
Fax 030 / 65 00 75 26

www.stengel-logopaedie.de
info@stengel-logopaedie.de

Anmeldung für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.

Anschließend senden Sie das Dokument bitte an meine Praxis:

- per Mail: info@stengel-logopaedie.de
- per Post: Praxis für Logopädie, Dominique Stengel, Goldregenstraße 56, 12623 Berlin

Nach Erhalt der Unterlagen nehme ich schnellstmöglich Kontakt zu Ihnen auf. Herzlichen Dank!

Angaben zum Patient /zur Patientin:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

_____ Mail _____

Telefon _____ Mobil _____

Krankenkasse _____ Privat: Ja _____ Nein _____
Beihilfe: Ja _____ Nein _____

Versichert über: Name/Vorname _____

Hausarzt _____ überweisender Arzt _____

Störungsbild _____

Hausbesuch verordnet? Ja _____ Nein _____

Heilmittelverordnung /Rezept vorhanden? Ja _____ Nein _____ ausgestellt am _____
(Eine Heilmittelverordnung ist nur 28 Tage gültig!)

Angaben zu den Erziehungsberechtigten: zur Mutter:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Telefon dienstlich _____

zum Vater:

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Telefon dienstlich _____

Mail _____

Mobil _____

Beruf _____

Vollzeit _____ Teilzeit _____

Vorname _____

Mail _____

Mobil _____

Beruf _____

Vollzeit _____ Teilzeit _____

Terminangaben

Eine logopädische Therapie dauert in der Regel, wenn vom Arzt nicht anders verordnet, 45 Minuten. Bitte tragen Sie in der folgenden Tabelle durch Kreuze ein, wann Termine für Sie möglich sind. Bitte geben Sie **alle** für Sie möglichen Termine an. Danke!

Montagvormittags und freitags finden ausschließlich Hausbesuche statt.

	8:45 Uhr	9:30 Uhr	10:15 Uhr	11:00 Uhr	14:00 Uhr	14:45 Uhr	15:30 Uhr	16:15 Uhr
Montag	XXX	XXX	XXX	XXX				
Dienstag								
Mittwoch								
Donnerstag								

Bei Fragen zu diesem Dokument nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf. Danke!

Vereinbarung

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen muss. Nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir privat in Rechnung gestellt.

Informationen zum Datenschutz habe ich der Homepage www.stengel-logopaedie.de entnommen. Zu Behandlungsbeginn erhalte ich einen Behandlungsvertrag und Informationen zum Datenschutz in Schriftform.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten /gesetzl. Vertreter