



*Evelin Schreiber*  
Praxis für Ergotherapie

## *Anmeldung für Kinder und Jugendliche*

### **Sehr geehrte Eltern!**

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.

Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

---

Name *Vorname (des zu behandelnden Kindes)* *Geburtsdatum*

---

Straße *PLZ/Wohnort* *Tel. privat*

---

Name der Krankenkasse *Tel. dienstlich*

---

Versicherter (Vater oder Mutter)

---

Hausarzt *überweisender Arzt (sofern abweichend)*

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?    ja    nein

Mir ist bekannt, dass ich, sofern einen Termin nicht wahrgenommen werden kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muß. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, daß unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat mit dem jeweilig geltenden Satz der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten o. Bevollmächtigten)