

Anmeldebogen für Atteste (P3) (z.B. für Operationen, KEIN LRS → Bitte bei Lerntherapie anmelden)

Liebe Eltern, Erziehungsberechtigte und Jugendliche,

bitte füllen Sie den Fragebogen VOLLSTÄNDIG aus. Lassen Sie bitte keine Frage aus. Wenn etwas nicht auf Sie zutrifft, streichen Sie es bitte durch. Sie helfen uns damit, zu erkennen, ob eine Angabe nur vergessen wurde und vermeiden Rückfragen.

Waren Sie schon mal bei uns?

☐ Erstvorstellung

☐ Wiederanmeldung, wann waren Sie zuletzt bei uns _____

Bitte kurze Beschreibung des Problems/Anliegen:

Persönliche Angaben

Daten des Patienten (Daten der Eltern/Bezugspersonen werden weiter unten abgefragt!)

Name, Vorname: _____

Geschlecht:

☐ männlich, ☐ weiblich, ☐ divers, ☐ unklar

Geburtsdatum: _____

Adresse (Straße und Ort): _____

Handynr.: _____

E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Gesetzl. Kranken-
versicherung:

Name der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Versichert über.: Name: _____

Geb.dat.: _____

Privatversicherung:

Name der Versicherung: _____

Versichert über.: Name: _____ Geb.dat.: _____

Beihilfe: vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Kostenträger der Beihilfe: _____

Beihilfeberechtigte/r: Name: _____ Geb.dat.: _____

Bitte unterstreichen Sie den bevorzugten Kommunikationsweg! Hier sollten sie einfach zu erreichen sein!
(SMS, E-Mail oder Anruf?)

	1. Elternteil	2. Elternteil
Leibl. Eltern:	Name, Vorn.: _____	_____
	Adresse: _____	_____
	Handy: _____	_____
	Festnetz: _____	_____
	E-Mail: _____	_____

	1. Elternteil	2. Elternteil
Stief-/Pflegeeltern:	Name, Vorn.: _____	_____
	Adresse: _____	_____
	Handy: _____	_____
	Festnetz: _____	_____
	eMail: _____	_____

Behandelnder Arzt (Angabe verpflichtend):

Name: _____, Ort: _____

☐ Ja, mit der Datenschutzverordnung (siehe Homepage) erkläre ich mich einverstanden.

☐ Ja, der/die weitere Sorgeberechtigte ist mit der Behandlung einverstanden

Schwandorf, Datum: _____

Name (bitte leserlich Vorname und Nachname): _____

Unterschrift