

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

Liebe Eltern, Erziehungsberechtige 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. Krankenversicherung: 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:

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