# An

Praxis für Logopädie N. Sommer

Ringstraße 15

14612 Falkensee

# Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben und leserlich tätigen bzw. den Antrag elektronisch ausfüllen!

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname des Patienten** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | weibl.  männl.  divers | | | | | **Geburtsdatum** | | | |  | | | |
| **Straße, Hausnummer** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Postleitzahl** | | | |  | | | | | **Wohnort** | | | |  | | | |
| **Telefon** | | | |  | | | | | **AB/ Mailbox aktiv**? | | | | Ja  Nein | | | |
| **Email** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Bei Kindern oder betreuten Personen: Name der anmeldenden Person und Verhältnis (Mutter, Vater, EhepartnerIn o. ä.)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Name der anmeldenden Person** | | | |  | | | | | | | **Verhältnis** | |  | | | |
| **Wurde ein Hausbesuch verordnet?** | | | | Ja  Nein | | | Bei volljährigen Patienten: zuzahlungsbefreit?  Ja  Nein | | | | | | | | | |
| **Diagnose oder Grund Ihrer Anmeldung** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Verordnende/r Ärztin/ Arzt** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung?** | | | | Ja  Nein | | | | | **Krankenkasse** | | | |  | | | |
| **Ihre Terminmöglichkeiten: An welchen Tagen und Uhrzeiten können Sie i.d.R. 1x wöchentlich feste Termine wahrnehmen? Bitte markieren Sie alle Möglichkeiten mit einem ‚x‘** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 8-9 | 9-10 | 10-11 | | 11-12 | 12-13 | | 13-14 | | 14-15 | | 15-16 | 16-17 | | 17-18 | 18-19 |
| Mo |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| Di |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| Mi |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| Do |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| Fr |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| **Würden Sie auch kurzfristige Termine wahrnehmen können, wenn z.B. andere Patienten verhindert sind?** | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | |
| **Noch etwas Wichtiges?** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Datum, Unterschrift** | | | |  | | | | | | | | | | | | |

**Wie geht es nun weiter?** Sie senden uns die Anmeldung ausgefüllt zurück. Aus Datenschutzgründen empfehlen wir den Postweg.

Sobald ein Therapieplatz zu den von Ihnen angegebenen Zeiten frei wird, melden wir uns telefonisch bei Ihnen, um den genauen Termin abzusprechen. In der Zwischenzeit bitten wir von Nachfragen abzusehen, es sei denn, Ihre Terminmöglichkeiten haben sich geändert oder Sie benötigen den Platz nicht mehr.

Vielen Dank!

Ihr Team der Praxis für Logopädie Nicola Sommer