



*Anmeldung eines Kindes*

NAME/VORNAME DES KINDES

GEBURTSDATUM DES KINDES

NAME/VORNAME ERZIEHUNGSBER. PERSON 1

NAME/VORNAME ERZIEHUNGSBER. PERSON 2

ANSCHRIFT DES KINDES – STRASSE/HAUSNUMMER

PLZ/ORT

EMAIL

TELEFON

Versicherungsart  GESETZLICH  
 PRIVAT

Anschrift Versicherungsnehmer\*in (nur bei Abweichungen von der oben genannten Adresse)

STRASSE/HAUSNUMMER

PLZ/ORT





Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

EMPFEHLUNG  WEB-SUCHE  SOCIAL MEDIA

SONSTIGES

Dürfen wir Sie an Ihren Termin erinnern?

JA  
 NEIN

→ Wenn ja,

SMS  
 EMAIL

*Bitte beachten Sie die persönliche Terminabsprache. Die Nachrichten werden automatisch generiert, technische Fehler sind nicht auszuschließen.*

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner persönlichen Angaben und gebe meine Zustimmung zu einer ärztlich verordneten Behandlung.

ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT

## *Einverständniserklärung*

NAME/VORNAME

(mind. 10 Jahre alt) darf stellvertretend für die gesetzlichen Erziehungsberechtigten, den Erhalt der therapeutischen Leistung durch eine Unterschrift bestätigen.

ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT

