

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

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