Anmeldeformular Erwachsene

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

E-Mail Adresse _____

Haben Sie bereits eine Verordnung für die Ergotherapie? _____
(wenn ja, bitte mitsenden)

Übernimmt die Kosten der Therapie die Invalidenversicherung (IV), die Krankenkasse oder
sind sie Selbstzahler*in? _____

AHV Nummer (fängt mit 756 an) und Versichertenkartennummer (fängt mit 807 an):

Diagnose und Behandlungsgrund:

Tragen Sie bitte mögliche Therapiezeiten ein:

Montag _____

Dienstag _____

Donnerstag _____

Freitag _____