Anmeldeformular Kinder

Persönliche Daten des Kindes

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Schule/ Kindergarten _____

Bezugspersonen des Kindes

Bezugsperson 1: Name _____ Vorname _____

E-Mail Adresse und Telefonnummer _____ / _____

Bezugsperson 2: Name _____ Vorname _____

E-Mail Adresse und Telefonnummer _____ / _____

Hat das Kind 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 Nr (fängt mit 756 an) und Versichertenkartennummer (fängt mit 807 an):

Diagnose und Behandlungsgrund:

Tragen Sie bitte mögliche Therapiezeiten ein:

Montag _____

Dienstag _____

Donnerstag _____

Freitag _____