

## Anmeldung zur logopädischen Therapie

Liebe Patientinnen und Patienten,  
mit folgendem Formular können Sie sich zur logopädischen Therapie anmelden. Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Bestätigung per Mail. Sobald ein passender Therapieplatz für Sie gefunden ist, werden Sie zur genauen Terminabsprache durch die Praxis kontaktiert.

### Personenbezogene Angaben:

|                   |  |
|-------------------|--|
| Vorname, Nachname |  |
| Adresse           |  |
| Geburtsdatum      |  |
| Krankenkasse      |  |
| E-Mail            |  |
| Telefon           |  |

### Wichtig für die Therapie:

|                |   |
|----------------|---|
| Arzt / Ärztin: |   |
| Störungsbild   | <input type="radio"/> Stimmstörung / -therapie <input type="radio"/> V. a. restriktives Zungenband<br><input type="radio"/> falsches Schluckmuster <input type="radio"/> andere |

Beschreiben Sie hier bitte in eigenen Worten, warum Sie Logopädie bekommen sollen:

---



---

**Terminliche Flexibilität:** (bitte kreuzen Sie unten alle möglichen Zeitfenster zur Terminwahrnehmung an. Die Termine finden idealerweise wöchentlich zur gleichen Zeit statt. Je flexibler Sie Termine wahrnehmen können, umso schneller findet sich i.d.R. ein geeigneter Therapieplatz.)

|                         | Di | Mi | Do | Fr | Sa *         |
|-------------------------|----|----|----|----|--------------|
| Vormittags (9-13 Uhr)   |    |    |    |    |              |
| Nachmittags (13-17 Uhr) |    |    |    |    | <del>X</del> |
| Individuelle Angabe:    |    |    |    |    |              |

*\*Selbstzahlende*

Ich bin flexibel und kann (regelmäßig!) kurzfristig frei gewordene Termine wahrnehmen:  ja