



Hippotherapie-K® für Kinder
Nicole Küng

Personalien Kind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ / Ort	
IV Verfügung gültig bis?	
Ärztin, Arzt	
Kinderarzt/in	
Kinderspital	
Personalien Eltern	
Name, Vorname Mutter	
Name, Vorname Vater	
Sorgerecht?	Beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>
Kontaktperson	
Name, Vorname	
Telefon Festnetz	
Telefon Mobile	
E-Mail Adresse	
<p>Eine Abmeldung muss 12 Stunden vor dem Termin erfolgen, sonst wird die Sitzung zu Lasten des Patienten (ohne Anspruch auf Rückerstattung) verrechnet.</p> <p>Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten an die rechnungsstellende Ärztekasse weiterzuleiten.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten