



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	
Eine Abmeldung muss 12 Stunden vor dem Termin erfolgen, sonst wird die Sitzung zu Lasten des Patienten (ohne Anspruch auf Rückerstattung) verrechnet.	
Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten an die rechnungsstellende Ärztekasse weiterzuleiten.	
Ort, Datum	Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten