



L'enfant est au centre de nos préoccupations.  
Das Kind steht bei uns im Mittelpunkt.

## EINSCHREIBUNG THERAPIESTELLE

Name .....	Vorname .....
Geburtsdatum .....	Geburtsland .....
Geschlecht .....	AHV-Nr. ....
Strasse .....	PLZ/Ort .....
Muttersprache .....	Betreuungssprache .....
ev. Adoptionsdatum .....	
Kranken- bzw. Unfallversicherung <b>und Vers.Nr.</b> : .....	
.....	
Behandelnde Ärzte .....	
.....	
<u>Eltern</u>	<u>Gesetzlicher Vertreter, falls nicht Eltern</u>
Name .....	Name .....
Vorname .....	Vorname .....
Adresse .....	Adresse .....
PLZ/Ort .....	PLZ/Ort .....
Telefon .....	Telefon .....
Natel .....	
In der Schweiz seit .....	

Die Therapiestelle kann Informationen zum Patienten einholen oder weitergeben, wenn dies in dessen Interesse geschieht und für seine Behandlung notwendig ist. In jedem Fall sind alle Personen, welche Informationen erhalten oder erteilen, an die berufliche Schweigepflicht gebunden.

**Die Therapiestelle behält sich vor, den Eltern eine Entschädigung von 50.- Fr. in Rechnung zu stellen, wenn der Patient ohne Entschuldigung zu einem vereinbarten Therapietermin nicht erscheint.**

Der/die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass er/sie die obigen Informationen zur Kenntnis genommen hat, seine/ihre eigenen Angaben richtig sind und er/sie die Informationen für das laufende Schuljahr erhalten hat. Er/sie erklärt sich mit dem oben erwähnten Vorgehen einverstanden. Er/sie ist bereit, die Rechnungen schnellstens zu begleichen, falls diese nicht direkt durch eine Versicherung übernommen werden.

Datum : .....

Unterschrift .....

### CENTRE DE THERAPIE – THERAPIESTELLE

Les Buissonnets | Rte de Villars-les-Joncs 3  
C. P./Postfach 155 | 1707 Fribourg/Freiburg  
T 026 484 26 05 | F 026 484 26 41  
cts@lesbuissonnets.ch | www.lesbuissonnets.ch