

## Meldung freier Einzeltherapieplätze

Monat: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

MEDI ID: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
(freiwillige Angabe)

Praxisstempel

- Ich behandle auch Kinder und Jugendliche
- Ich behandle ausschließlich Kinder und Jugendliche
- Ich behandle ausschließlich Erwachsene
- Ich stimme der Weiterverarbeitung und Veröffentlichung der hier angegebenen Daten (Name, Adresse, freie Kapazitäten und ggf. E-Mail-Adresse) durch die MEDIVERBUND AG zu. Kapazitätsänderungen werde ich der MEDIVERBUND AG umgehend schriftlich mitteilen.

• **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Datum:	Umfang freier Kapazitäten:
<p><b><u>Beispiel:</u></b> Woche: 07.01. – 11.01.2019</p>	<p>Vormittags: ca. 2 Stunden Nachmittags: ca. 3 Stunden</p>
Woche:	<p>Vormittags: Nachmittags:</p>

Zu Faxen an die Nummer: **(07 11) 80 60 79-533**

