

## Meldung freier Gruppentherapieplätze

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:** \_\_\_\_\_

<u>Angebot:</u>	<u>Anzahl freier Plätze:</u>	<u>Datum / Wochentag / Uhrzeit:</u>
<i><u>Beispiel:</u> Gruppe sozialer Kompetenzen (oder Depressionsgruppe usw.) für Erwachsene</i>	<i><u>Beispiel:</u> 2</i>	<i><u>Beispiel:</u> Ab sofort, wöchentlich montags, 15:00 Uhr</i>

Zu Faxen an die Nummer: (07 11) 80 60 79-584

