

Chiffre:

Erster Buchstabe vom Nachnamen &
Geburtsdatum TTMMJJ

Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut

HAiP, Sophie-Scholl-Platz 4, 63452 Hanau

Sophie-Scholl-Platz 4
63452 Hanau
Tel.: 06181 – 180 77 35
info@haip-ausbildung.de
www.haip-ausbildung.de

Liebe Patient*innen, liebe Sorgeberechtigte,

bitte machen Sie alle Angaben und senden das Formular zurück an die Geschäftsstelle der HAiP (Anschrift siehe oben rechts).

Nachname der*s Patient*in

Vorname der*s Patient*in

Geschlecht: männlich divers
weiblich unbestimmt

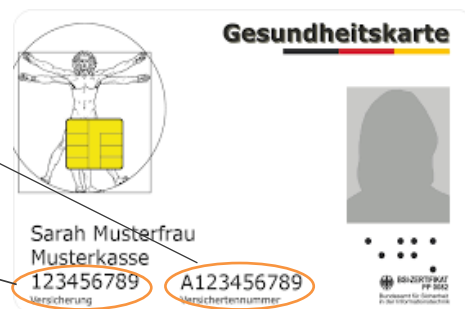
Geburtsdatum der*s Patient*in

Vollständige Anschrift der*s Patient*in (Straßenname, Hausnummer, Postleitzahl)

Name und Anschrift der Krankenkasse

Kranken**versicher**tennummer
(bestehend aus 1 Buchstabe + 9 Ziffern)

Kennnummer der **Versicherung**
(bestehend aus 9 Ziffern)



Versichertenart: Mitglied Familienversichert Rentner*in

Name der*s Therapeut*in (falls vorhanden)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben gemachten Angaben korrekt sind.

Datum und Ort

Unterschrift der*s Patient*in / der*s Sorgeberechtigten

Geschäftsstelle:
Sophie-Scholl-Platz 4
63452 Hanau
Tel: 06181- 180 77 35

Bankverbindung:
Postbank Frankfurt
IBAN DE69 5001 0060 0993 5096 05
BIC PBNKDEFF

Geschäftsführung:
Dipl.-Psych. Birgit Wiesemüller

Amtsgericht Hanau
HRB 94254
Firmensitz: Hanau
Steuernr. 019 235 60796