

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,

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

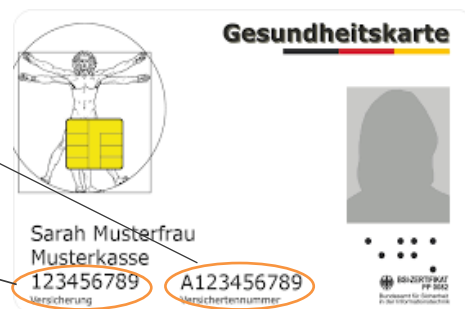
Geburtsdatum der\*s Patient\*in

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

**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