

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie die vorgegebenen Felder aus und senden Sie uns das Kontaktformular zu, wenn Sie Interesse an Diagnostik, Beratung oder Lerntherapie für Ihr Kind haben. Vielen Dank!

Wir melden uns so bald als möglich bei Ihnen zurück und teilen Ihnen mit, ab wann ein Ersttermin möglich sein kann.

Datum		Namen der Eltern	
Vorname Kind		Geburtsdatum	
Name Kind		Krankenkasse	
Straße		Telefon privat	
Ort		Telefon mobil	
E-Mail		Telefon Kind mobil	
Arzt		Beste Erreichbarkeit, wann/wie	
Schule		Klasse	
verwiesen von			

Um welche Probleme geht es?	
Seit wann bestehen diese?	
Bisherige Maßnahmen?	
Wo sehen Sie die Hauptproblematik?	
Was ist Ihr Hauptanliegen an uns?	

Diagnostik / Therapie möglich: (je flexibler, desto eher Platz möglich)		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
	Vorm. 9.00-13.00	○	○	○	○	○
	Nachm. 13.00-17.00	○	○	○	○	○
	Abends 17.00-19.00	○	○	○	○	○