

# Skoliose-Trainingswoche vom 15.07.2024 - 19.07.2024 in St. Gallen

## ANMELDEFALON

für die Skoliose-Trainingswoche in St. Gallen.

Ja, ich bin skoliosebetroffen und melde mich **verbindlich** zur Trainingswoche an.

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse/IV \_\_\_\_\_

AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Zuweisender Arzt \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

- Ich habe bereits eine positive Kostengutsprache.
- Eine Kostengutsprache ist in Abklärung und ich übernehme die Kosten selbst, wenn keine positive Kostengutsprache von den Versicherungen erfolgt.
- Ich habe noch keine Kostengutsprache eingeholt und übernehme die Kosten selbst, wenn keine positive Kostengutsprache von den Versicherungen erfolgt.
- Es gibt zusätzliche Diagnosen, die relevant für die einwöchige Zusammenarbeit sind.  
Diagnosen: \_\_\_\_\_
- Ich bestätige, dass ich die AGBs (einsehbar auf [www.skoliose-zentrum.ch](http://www.skoliose-zentrum.ch)) gelesen habe und damit einverstanden bin.

Versicherung ist Sache des Teilnehmenden. Die Anzahl der Plätze ist auf 8 begrenzt.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  
des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_