

# Sprachknuddel

Christine Hill-Schindler - info@sprachknuddel.de

Hdy:0179-322 12 43



## Anmeldung für Ihr individuelles Sprachknuddel-Konzept

Familienname: \_\_\_\_\_

eMailadresse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich für die "Entdeckerzone" auf [www.sprachknuddel.de](http://www.sprachknuddel.de) an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir bekannt ist, dass dies als reine Unterstützung zur Sprachentwicklung dient und keine logopädische Behandlung ersetzt! Somit auch als **keine** kassenärztliche Leistung abzurechnen gilt und privat zu finanzieren ist.

Die Inhalte sind ausschließlich für Mitglieder bestimmt. Während meiner Nutzungsdauer werden in verschiedenen Intervallen, unterschiedliche Beiträge angezeigt. Ich kann diese Beiträge mit meinen zugewiesenen Zugangsdaten immer wieder anschauen. Diese Zugangsdaten sind ausschließlich für mich und meine Tochter/meinen Sohn (oder die angemeldeten Familienmitglieder) bestimmt und dürfen nicht an Dritte weitergeleitet werden.

Mit meiner **Unterschrift** melde ich mich/uns verbindlich an, für ein individuelles Sprachknuddel-Konzept. Hiermit bestätige ich, dass ich keine Inhalte (Videos, Texte, Bilder/Fotos/Grafiken) aus dem Sprachknuddel-Mitgliederbereich weiterverbreite. Ich bin darüber informiert, dass diese Inhalte ausschließlich für Mitglieder bestimmt sind.

---

Ort, Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Welche Wünsche haben Sie für Ihr individuelles Sprachknuddel-Konzept? Bitte füllen Sie zutreffende Wünsche aus oder kreisen Sie mehrere Bereiche ein:

Sprachentwicklung fördern

Wortschatz füllen

Buch- und Spielempfehlungen

kreative Bastel- und Mal-Ideen

Beratung und persönliche Betreuung

sonstiges: \_\_\_\_\_

-----

Dieser Abschnitt ist nur auf Wunsch auszufüllen.

**Wir sind Patienten in einer logopädischen Praxis** und wünschen eine individuelle Unterstützung. Bitte setzen Sie sich mit unserem Therapeuten in Verbindung, um ein Konzept für uns zu erstellen.

Praxis: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten des Therapeuten: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie bei dem Therapeuten eine Schweigepflichtsentbindung aus, damit ich mich mit ihm in Verbindung setzen darf.

Hiermit entbinde ich Frau Christine Hill-Schindler von der Schweigepflicht, um sich mit der Einrichtung: \_\_\_\_\_ über den Entwicklungsstand von \_\_\_\_\_ austauschen zu dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten zur Entbindung der Schweigepflicht