

Telefon-Durchwahl: 0 63 49 / 900 - 2180
Fax: 0 63 49 / 900 – 2189
E-Mail: schlafzentrum@pfalzkrlinikum.de

An
Pfalzkrlinikum für Psychiatrie und Neurologie (AdöR)
Dr. H.-G. Weeß
Weinstraße 100

76889 Klingenmünster

Anmeldung: **Verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung bei
Ein- und Durchschlafstörungen**

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Behandlungstermin: _____

TeilnehmerIn:

Herr/Frau _____ Geburtsdatum _____
(bitte in Druckbuchstaben)

Straße, Hausnummer _____
(bitte in Druckbuchstaben)

PLZ, Wohnort _____
(bitte in Druckbuchstaben)

Telefon: _____ Fax: _____

E-mail: _____
(bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Datum

**Folgende Unterlagen sind zusätzlich auszufüllen, diese erhalten Sie direkt im
Schlaflabor auf Anfrage:**

- Diagnosebogen (Schlaffragebogen LISST)
- Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie etwa 3 Wochen vor Beginn der Gruppenbehandlung durch uns eine Anmeldebestätigung und Rechnung.
Bei schriftlicher Absage bis 2 Wochen vor Beginn der Behandlung erfolgt die Rückerstattung der Teilnahmegebühr in voller Höhe, danach müssen wir Ihnen 50 € in Rechnung stellen.