

Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie (AdöR)
Dr. H.-G. Weeß
Anmeldung: Bettina Stenger
schlafzentrum@pfalzkl. de

Telefon-Durchwahl: 0 63 49 / 900 - 2180
Fax: 0 63 49 / 900 - 2189

An
Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie (AdöR)
Dr. H.-G. Weeß
Anmeldung: Bettina Stenger
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

Ihre Anmeldung ist nur dann wirksam, wenn Sie folgende Unterlagen beilegen:

- Diagnosebogen (Schlaffragebogen LISST)

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie 4 Wochen vor Beginn der Behandlung 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.