

Absender:

Termin

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Möglichkeiten

Angaben zu Tagen und Tageszeiten, an denen die Therapie stattfinden kann

Die Ambulanz des NIVT ist geöffnet von Mo – Fr, 8.00 bis 18.00 Uhr, Sa nach Vereinbarung. Bitte teilen Sie uns die größtmögliche Auswahl an Zeiten mit, zu denen Sie die Therapie durchführen können. Damit erleichtern Sie die Zuordnung eines Therapeuten.

Wochentag/ Zeit

Wann könnten Sie die Therapie **auf keinen Fall** durchführen?

(

Wochentag/ Zeit

Arbeiten Sie im Schichtbetrieb?

ja

nein

Wenn ja, in welchen Schichten arbeiten Sie?

Wochentag/ Schicht / Zeit