



# Anmeldung

Eine Anmeldung und Rückantwort ist bis zum **20.11.2024** erwünscht. Für die gesamte Veranstaltung wird keine Teilnahmegebühr erhoben.

Aphasie-Regional-Zentrum  
Klinik Niedersachsen Bad Nenndorf  
Hauptstraße 59  
31542 Bad Nenndorf

Telefon: **05723/707 222**  
E-Mail: **aphasietag24@klinikniedersachsen.de**

Hiermit melde(n) ich/wir mich/uns mit \_\_\_ Personen zum „Fünften Niedersächsischen Aphasietag“ in Bad Nenndorf am 23.11.2024 an.

**Betroffene(r)**                       **Angehörige(r)**                       **Therapeut(in)**

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Einrichtung \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Wir möchten / ich möchte teilnehmen am:

**Workshop A** (Therapeuten)

mit \_\_\_ Personen

**Workshop B** (Therapeuten)

mit \_\_\_ Personen

**Workshop C** (Angehörige)

mit \_\_\_ Personen

**Workshop D** (Menschen mit Aphasie)

mit \_\_\_ Personen

**Workshop E** (Menschen mit Aphasie)

mit \_\_\_ Personen

**Workshop F** (alle Teilnehmer)

mit \_\_\_ Personen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift