



Anmeldung

Eine Anmeldung und Rückantwort ist bis zum **30.10.2026** erwünscht. Für die gesamte Veranstaltung wird keine Teilnahmegebühr erhoben.

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

Telefon: 05723/707 470
E-Mail: aphasietag26@klinikniedersachsen.de

Hiermit melde(n) ich/wir mich/uns mit ___ Personen zum
6. Niedersächsischen Aphasietag in Bad Nenndorf am 14.11.2026 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 (alle Teilnehmer)

mit ___ Personen

☐ Workshop D (Angehörige)

mit ___ Personen

☐ Workshop E (Menschen mit Aphasie)

mit ___ Personen

☐ Workshop F (Menschen mit Aphasie)

mit ___ Personen

Datum

Unterschrift