

Anmeldung

Zur Unterstützung Ihrer Behandlung bitten wir Sie die Anmeldung wahrheitsgemäß auszufüllen und zu Ihrem ersten Termin mit zu bringen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren Therapeuten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

.....

Name des Patienten

Geb. Datum

ggf. Name des Erziehungsberechtigten/ gesetzl. Vertreters

Strasse/ Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon privat/ dienstlich

Mobil

Krankenkasse

behandelnder Arzt, Hausarzt, Kinderarzt, HNO, etc.

.....

Absagepflicht/ Therapieorganisation

Mir ist bekannt, dass Termine, welche nicht wahrgenommen werden können, mindestens 24 Stunden vorher, abgesagt werden müssen.

Die Absage erfolgt beim **jeweiligen** Therapeuten (Name: _____).

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig, nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe von 65,00 € in Rechnung gestellt werden (Kosten für Hausbesuch oder Diagnostik können höher ausfallen).

Bei nichtvorliegen einer aktuellen Verordnung werden geleistete Therapien und/ oder Diagnostiken privat in Rechnung gestellt. Des Weiteren behalten wir uns vor die Behandlung nach zwei unentschuldigten Therapien abzubrechen.

.....

Krankheitsfall

Bei ansteckenden Erkrankungen des Patienten oder näheren Angehörigen, bitten wir Sie die Therapie, zum Schutze anderer Patienten und Therapeuten, rechtzeitig ab zu sagen.

Der behandelnde Therapeut ist im begründeten Fall berechtigt, die Therapiedurchführung zu verweigern.

Zuzahlungspflicht

Insofern bei Ihnen keine aktuelle Zuzahlungsbefreiung vorliegt, bekommen Sie nach Beendigung einer Verordnung von uns eine Zuzahlungsrechnung. Die Höhe kann je nach Verordnung und Krankenkasse variieren.

(gilt nicht für Kindertherapien, diese sind i.d.R. von der Zuzahlung befreit)

.....

Schweigepflichtentbindung

Ich willige ein, dass die Logopädie- und Ergotherapiepraxis D. Hillebrandt im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten, Informationen (z.B. Terminabsprachen, Therapieinhalte etc.) und Behandlungsdokumentation an folgende Institutionen/ Personen weitergeben kann. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass die Logopädie- und Ergotherapiepraxis D. Hillebrandt Änderungen meiner Heilmittelverordnung bei dem jeweiligen behandelnden Arzt veranlassen darf.

Institution/ Person	Folgende Daten sind betroffen:
Ärzte/ Praxen:	<input type="checkbox"/> fachlicher Austausch <input type="checkbox"/> Bericht <input type="checkbox"/> Therapieinhalte
Kita/ Schule/Frühförderstelle:	<input type="checkbox"/> fachlicher Austausch <input type="checkbox"/> Bericht <input type="checkbox"/> Therapieinhalte <input type="checkbox"/> Terminabsprache
Weitere Personen/Angehörige:	<input type="checkbox"/> fachlicher Austausch <input type="checkbox"/> Bericht <input type="checkbox"/> Therapieinhalte <input type="checkbox"/> Terminabsprache

Foto/-, Video und Audioerlaubnis

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Foto-/ Videodokumentation und/ oder Tonaufnahme im Rahmen der Behandlungsdokumentation erstellt und zu rein therapeutischen Zwecken aufbewahrt oder übermittelt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

.....

Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Übermittlung personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten etc.) über WhatsApp einverstanden bin. Gleichzeitig wurde ich darauf hingewiesen, dass die Übertragung meiner Daten nicht sicher ist.

ja nein Unterschrift: _____

.....

Datenweitergabe an eine Abrechnungsstelle

Zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen für die von Ihnen in Anspruch genommenen Therapieleistungen durch die AS (Abrechnungsstelle für Heil- Hilfs- und Pflegeberufe) AG, Am Wall 96-98, 28195 Bremen bearbeitet.

Wir bitten Sie daher, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogener Daten zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

.....

Wir weisen darauf hin, dass alle Angaben freiwillig sind und jederzeit, ohne Angaben von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden können. Der Widerruf hat in unserer Praxis zu erfolgen.

Alle gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation über die Behandlungszeit hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist archiviert.

Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit allen o.g. Inhalten, bis auf Widerruf, einverstanden.

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters