



Therapeutische Praxis Michalski

Ergotherapie ◦ Logopädie ◦ Lerntherapie

Handtherapie ◦ Rehabilitation

& tiergestützte Therapie mit Pferd und Hund

Bergen
Am Friedensplatz 2
29303 Bergen
Tel: 05051-97 06 07

Celle
Sägemühlenstraße 3
29221 Celle
Tel: 05141-97 78 110

Klein Hehlen
Haydnstraße 41-42
29223 Klein Hehlen
Tel: 05141-20 89 190

Wathlingen
Sägemühlenstraße 7
29339 Wathlingen
Tel: 05144-95 37 53

Wietze
Steinförder Straße 28
29323 Wietze
Tel: 05146-91 91 68

Winsen
Schulstraße 2
29308 Winsen (Aller)
Tel: 05143-499 83 49

Anmeldebogen Logopädie

Patientenakte

Allgemeine Daten

Name des Patienten: _____ Geschlecht (m/w/d): _____

Geburtsdatum: _____ minderjähriges Kind? Ja Nein

Wer meldet an? Patient selbst Eltern Angehörige

Ggf. Name des Erziehungsberechtigten/Angehöriger: _____

Adresse des Patienten: _____

Telefonnummer(n): _____

Email-Adresse: _____

Krankenversicherungs- und Abrechnungsdaten

Name der Krankenkasse: _____ gesetzlich privat

Name des Versicherten (falls abweichend): _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Zuzahlung: befreit nicht befreit

Befreiungsausweis-Nr: _____ gültig bis: _____

Therapiebezogene Daten

Verordnender Arzt: _____ Ausstellungsdatum der 1. Verordnung: _____

Ursache: Krankheit Unfall Geburtsgebrechen

Diagnose: _____

Ort der Behandlung: in unserer Praxis zu Hause Institution (Heim)

Begleitende Therapien: Ergotherapie Physiotherapie Sonstige _____

Waren Sie schon einmal in ergotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Falls ja, wann, wo und weshalb? _____

Bestehen bekannte Allergien Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Ist ein Herzschrittmacher vorhanden? Ja Nein

Bestehen weitere Diagnosen? Tumorerkrankungen Epilepsie Diabetes Typ____

Sonstige _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Nutzen Sie täglich Hilfsmittel? Brille Hörgerät Rollstuhl Rollator

Sonstige _____

Hobby/Interessen? _____

Anamnese

(Bitte ausfüllen, wenn zutreffend)

Unfalldatum / Krankheitsbeginn: _____ Operationsdatum: _____

Vorsichtsmaßnahmen: _____

Bisheriges Behandlungsschema: _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen? _____

Aufklärung zum reibungslosen Ablauf der Therapie:

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.

Um die Therapie nahtlos weiterführen zu können, benötigen wir auch bei Folge Rezepten ein zeitgültiges Rezept. Dieses sollte uns spätestens zum letzten Termin des laufenden Rezeptes vorgelegt werden. Bei nicht vorhanden sein eines neuen Rezeptes kann Ihre Therapie nicht stattfinden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Bei Absage von mehr als 20% der Termine einer Vorordnung (bei 10 Terminen ab der 3. Absage), die Sie auch zu angebotenen Ersatzterminen nicht wahrnehmen, können wir Ihren Anspruch auf feste Termine ab der nächsten Verordnung nicht aufrechterhalten. Sie erhalten dann zukünftig flexible Termine nach vorhandenen Lücken.

Kommt es zu einer geplanten Behandlungspause von mehr als 4 Wochen, müssen wir die Verordnung abrechnen und Ihren Termin anderweitig vergeben. Nach Ihrer Rückkehr werden wir dann einen neuen Termin für Sie suchen.

In unserer Praxis besteht kein Recht und Anspruch auf einen ganz bestimmten Therapeuten. Ebenso werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert.

Unterschrift _____

Ort _____ Datum _____

Einverständniserklärung für die Entbindung von der Schweigepflicht (bei Bedarf)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Institutionen und Personen, wie z.B. Ärzte, therapeutische Fachkräfte (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie), Kindergarten und Schule sowie weitere Personen, die in meinem Fall oder im Rahmen der Betreuung meines Kindes

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Informationen und Unterlagen (einschließlich von Beobachtungsergebnissen und sonstigen Befunden) mit unserer Ergotherapie Praxis austauscht. Ich entbinde die beteiligten Fachkräfte hiermit von ihrer Schweigepflicht.

Unterschrift _____

Ort _____ Datum _____

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung

Die im Behandlungsvertrag / Verordnung angegebenen, personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Diagnose und Art der Durchführung der Behandlung, die allein zum Zwecke der Durchführung der Behandlung durch die Mitarbeiter der Therapeutischen Praxis Bergen – Celle – Klein Hehlen - Wathlingen – Wietze – Winsen/A. notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage der gesetzlichen Berechtigungen erhoben. Die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Daten werden gemäß § 302 SGBV über unseren Abrechnungsdienstleister an die Krankenkasse weitergeleitet. Ausschließlich der die Verordnung ausstellende Arzt erhält nach Verordnung einen Bericht über die Behandlung.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass diese Daten erhoben, gespeichert und im oben genannten Rahmen weitergegeben werden.

Jede darüberhinausgehende Nutzung der Personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig die Einwilligung des Betroffenen oder deren Erziehungsberechtigten. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Freiwillige Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass die Therapeutischen Praxen Bergen, Celle, Klein Hehlen, Wietze, Winsen/Aller zur Vereinbarung von Terminen und deren Erinnerung, sowie Informationen zur Behandlung per Mail / Telefon / Fax / SMS / Whatsapp zusenden.

Rechte des Patienten: Auskunft, Berechtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß§§ 34 BDSG jederzeit berechtigt Auskunft über die gespeicherten Daten zu ersuchen. Ebenso können sie die Berechtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus ohne Angaben von Gründen von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung widerrufen.

Unterschrift _____

Ort _____ Datum _____

Behandlungsvertrag (nur relevant bei Privatpatienten)

Hiermit beauftrage ich _____ geb. am _____ die Therapeutische Praxis
_____ mit meiner Behandlung/ der Behandlung

meines Kindes _____ geb. am _____.

Behandlungsart: _____ mit/ohne Hausbesuch (Einheit ____ Minuten)

Eine Behandlungseinheit kostet _____ €.

Datum: _____ Unterschrift: _____