

# Schweigepflichtentbindung



Liebe Patienten,

Bitte nehmen Sie folgende Punkte zur Kenntnis:

1. Die Praxis für Ergotherapie Robert Stockbauer, wird als reine Bestellpraxis geführt, das heißt, die gemeinsam vereinbarten Termine werden langfristig eingeplant und für Sie bzw. Ihr Kind freigehalten.

Für den Fall, dass ein Termin ausnahmsweise nicht wahrgenommen werden kann, ist es erforderlich, dass dieser mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt wird. Bitte nutzen Sie dazu die oben genannte Telefonnummer bzw. die Nummer Ihres jeweiligen Therapeuten.

Der Therapeut kann, bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen, keine anderen Patienten behandeln. Daher können nicht abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.

2. Zu einem geregelten Therapieablauf gehört der fachliche Austausch mit anderem Fachpersonal wie Ärzten, Lehrern, Erziehern oder Therapeuten. Darüber hinaus kann es für den Therapieerfolg hilfreich sein, gelegentlich Videoaufzeichnungen der Therapiestunde vorzunehmen.
3. Zum Zwecke der Abrechnung ist es notwendig, dass Ihre patientenbezogene Daten an ein Abrechnungszentrum weitergegeben werden müssen, damit die Honorarliquidation geleistet werden kann.

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die Notwendigkeit der oben erwähnten Ausführungen an und erklären Sie damit einverstanden.

Vielen Dank!

---

Zur Durchführung der Therapie aufgrund der Verordnung vom \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

entbinde ich \_\_\_\_\_  
(Name des Patienten / Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

Die nachstehenden Personen (z. B. Ärzte, Lehrer, Therapeuten)

\_\_\_\_\_  
Von ihrer Schweigepflicht gegenüber den nachstehenden Personen

\_\_\_\_\_  
Die Schweigepflichtentbindung ist widerruflich und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie.

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)

## Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.  
Sie erleichtern uns damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
(Name und Vorname des Kindes) (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Name der Mutter) (Name des Vaters)

\_\_\_\_\_  
(Straße / Hausnummer) (Straße / Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Wohnort) (PLZ, Wohnort)

\_\_\_\_\_  
(Telefon privat / dienstlich) (Telefon privat / dienstlich)

\_\_\_\_\_  
(Krankenkasse) (Versicherter) (Arzt)

Zahlungen:  nicht befreit  befreit Beihilfeberechtigt:  ja  nein

War Ihr Kind schon einmal bei uns in Behandlung?  nein  ja, wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsre Praxis aufmerksam geworden?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass Termine für mein Kind bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift des Erziehungsberechtigten / Gesetzl. Vertreters)

### Einverständniserklärung

Mein Kind \_\_\_\_\_ (mind. 7 Jahre alt) darf  
(Vor- und Nachname)

\_\_\_\_\_ darf in Vertretung  
(Vor- und Nachname)

für den Erhalt von therapeutischen Leistungen für \_\_\_\_\_ unterschreiben.  
(Name des Kindes)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten / Gesetzl. Vertreters)