

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 werden nicht oder zu spät abgesagte Termine privat in Höhe der Behandlungskosten 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. Ton- und Bildaufnahmen finden nur mit Ihrem Einverständnis statt und werden zur Vor- und Nachbereitung aufgezeichnet und gespeichert. Ihr Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Am Ende der Behandlung werden die Videoaufzeichnungen wieder gelöscht.

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

Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____

Schweigepflichtentbindung

Zur Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung, entbinde ich die Therapeutin meines Kindes von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Arzt/Ärztin _____ Lehrer/Erzieher _____

Weiteren _____

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

Ort/Datum _____ Unterschrift _____ (des Erziehungsberechtigten)

Anmeldung

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

(Name und Vorname des Versicherungsnehmers)

(Geburtsdatum)

(Adresse)

(Name des Kindes)

(Geburtsdatum des Kindes)

(Telefon privat / dienstlich)

(Telefon privat / dienstlich)

(Krankenkasse)

(Versicherter)

(Arzt)

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 für Kinder ab dem 7. Lebensjahr

Mein Kind _____ darf in meinem Namen
(Vor- und Nachname)

in Vertretung für den Erhalt von therapeutischen Leistungen unterschreiben.

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten / gesetzl. Vertreters)