

Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstlich: _____

Handynr.: _____

Arzt: _____ Krankenkasse: _____ Zuzahlungsbefreit: _____

Gemäß § 125 des Sozialgesetzbuches V dürfen wir keine ergotherapeutische Behandlung durchführen, wenn uns kein Auftrag von Ihrem behandelnden Arzt vorliegt.

Das heißt wir dürfen Sie ohne eine gültige Heilmittelverordnung nicht behandeln.

Des Weiteren werden wir nicht wahrgenommene Termine privat in Rechnung stellen, insofern diese nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden.

Wir sehen uns gezwungen diese Maßnahmen einzuleiten, um Ihre Therapie so effektiv wie möglich gestalten zu können, denn nur Ihre Mitarbeit entscheidet über die Qualität unserer Arbeit.

Wir sind verpflichtet einen von der Krankenkasse festgelegten 10%igen Eigenanteil des Rezeptwertes zzgl. 10Euro Verordnungsgebühr zu erheben. Eine Zuzahlungsbefreiung entbindet uns von dieser Pflicht.

Vielen Dank für Ihr Verständnis

Das Beiblatt zur Schweigepflichtentbindung habe ich erhalten und unterschrieben.

Das Beiblatt zur Datenschutzerklärung habe ich erhalten und verstanden.

Emden, den _____ Unterschrift _____

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich _____
Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der **Praxis für Ergotherapie Künzel** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei Ärzten/Psychotherapeuten und anderen Leistungserbringern zum Zweck der **Dokumentation** und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer **übermittelt** werden dürfen.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an folgende Personen (z.B. Angehörige, Pflegepersonal, Lehrer, Erzieher, weitere) zum Zweck der besseren Wirksamkeit der Behandlung und der interdisziplinären Zusammenarbeit **weitergegeben** werden dürfen (Personengruppen oder Einzelpersonen bitte konkret benennen!):

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Optional:

Ich stimme darüber hinaus der Nutzung meiner Kontaktdaten zur Übermittlung von Praxismailings, Terminerinnerungen und weiteren Informationen zu und bin mit einer entsprechenden Zusendung einverstanden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja Nein

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters