

ANMELDEFORMULAR

Personalien

Wird ein Kind angemeldet Ja () Nein ()

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Von wem wird das Kind angemeldet _____

Name, Vorname, Adresse (falls abweichend) _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

Mailadresse _____ Fax _____

Ihre Krankenversicherungsnummer _____

Name Ihrer Krankenkasse _____

Sind Sie: Mitglied () Angehöriger () Rentner () Beihilfe: Ja () Nein ()

Abweichende Rechnungsanschrift

Institution _____

Name _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Ihr Hausarzt _____

Überweisender Arzt _____

Gab es bereits Ergotherapie? Wenn Ja, in welchem Zeitraum und Wo? _____

Hobby/Interessen _____

Bitte geben Sie an zu welchen Zeiten die Therapie stattfinden kann. **Wir werden uns bemühen Ihrem Wunschtermin zu entsprechen.**

Wochentag	Vormittags von / bis	Nachmittags von / bis
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

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 unentschuldigt 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 2 Wochen vor Ende des laufenden Rezeptes vorgelegt werden. Bei nicht vorhanden eines neuen Rezeptes kann Ihre Therapie nicht stattfinden. Vielen Dank für Ihr Verständnis. In unserer Praxis besteht kein Recht und Anspruch auf einen ganz bestimmten Therapeuten. Ebenso werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert.

Einverständniserklärung für die Entbindung von der Schweigepflicht

(bitte bei Anmeldung der Kinder ausfüllen)

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 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 _____