

## 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 \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie per WhatsApp betreffs Termine anschreiben? Ja ( ) Nein ( )

Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns dieses: \_\_\_\_\_

Mailadresse \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Ihre Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Name Ihrer Krankenkasse \_\_\_\_\_

Sind Sie: Mitglied ( ) Angehöriger ( ) Rentner ( ) Privatpatient: Ja ( ) Nein ( ) Hier gelten Beihilfepreise

Abweichende Rechnungsanschrift bei Rechnungen und Zuzahlungen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

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 oder wann es gar nicht geht.

---

---

Wir werden uns bemühen Ihrem Wunschtermin zu entsprechen.

Sofern Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, ist das 24 Stunden vorher mitzuteilen. Unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine dürfen Ihnen privat in Rechnung gestellt werden.

Um die Therapie nahtlos weiterführen zu können, benötigen wir auch bei Folgerezepten ein zeitgültiges Rezept. Dieses sollte uns 2 Wochen vor Ende des laufenden Rezeptes vorgelegt werden. Ohne Rezept kann Ihre Therapie nicht stattfinden. Vielen Dank für Ihr Verständnis. In unserer Praxis besteht kein Recht und Anspruch auf einen ganz bestimmten Therapeuten.

Während besondere Hygienevorschriften gelten, bitte vor Betreten der Praxis den Aushang lesen.

Patientendaten werden 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 \_\_\_\_\_

Möchten Sie uns der Schweigepflicht entbinden geschieht dies erst im Rahmen der Therapie.