



Therapeutische Praxis Michalski

Bergen – Celle – Klein Hehlen

Wathlingen – Wietze – Winsen/A.

Ergotherapie ◦ Logopädie ◦ Lerntherapie ◦ Handrehabilitation

& tiergestützte Therapie mit Pferd und Hund

Anmeldebogen Ergotherapie Patientenakte

Allgemeine Daten

Name des Patienten: _____ Geschlecht (m/w/d): _____

Geburtsdatum: _____ minderjähriges Kind? Ja Nein

Wer meldet an? Patient selbst Eltern Angehörige

Ggf. Name des Erziehungsberechtigten/Angehöriger: _____

Adresse des Patienten: _____

Telefonnummer(n): _____

Email-Adresse: _____

Krankenversicherungs- und Abrechnungsdaten

Name der Krankenkasse: _____ gesetzlich privat

Name des Versicherten (falls abweichend): _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Zuzahlung: befreit nicht befreit

Befreiungsausweis-Nr: _____ gültig bis: _____

Therapiebezogene Daten

Verordnender Arzt: _____ Ausstellungsdatum der 1. Verordnung: _____

Ursache: Krankheit Unfall Geburtsgebrechen

Diagnose: _____

Therapeutische Praxis Bergen

Am Friedensplatz 2
D-29303 Bergen
Tel: +49-(0)5051- 97 06 07
Fax: +49-(0)5051- 970 34 42
Email: TP-Michalski@t-online.de
Web: www.TP-Michalski.de

Therapeutische Praxis Celle

Sägemühlenstraße 3
D- 29221 Celle
Tel: +49-(0)5141- 977 811 0

Therapeutische Praxis Klein Hehlen

Haydnstraße 41-42
D-29223 Klein Hehlen
Tel.: +49-(0)5141-2089190

Therapeutische Praxis Wietze

Steinförder Straße 28
D- 29323 Wietze
Tel: +49-(0)5146-919168

Therapeutische Praxis Winsen

Schulstraße 2
D- 29308 Winsen Aller
Tel.: +49-(0)5143-4998349

Therapeutische Praxis Wathlingen

Sägemühlenstraße 7
D- 29339 Wathlingen
Tel.: +49-(0)5144-953753

Ort der Behandlung: in unserer Praxis zu Hause Institution (Heim)

Begleitende Therapien: Logopädie Physiotherapie Sonstige _____

Waren Sie schon einmal in ergotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Falls ja, wann, wo und weshalb? _____

Bestehen bekannte Allergien Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Ist ein Herzschrittmacher vorhanden? Ja Nein

Bestehen weitere Diagnosen? Tumorerkrankungen Epilepsie Diabetes Typ____

Sonstige _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Nutzen Sie täglich Hilfsmittel? Brille Hörgerät Rollstuhl Rollator

Sonstige _____

Hobby/Interessen? _____

Anamnese

(Bitte ausfüllen, wenn zutreffend)

Unfalldatum / Krankheitsbeginn: _____ Operationsdatum: _____

Vorsichtsmaßnahmen: _____

Bisheriges Behandlungsschema: _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen? _____

Aufklärung zum reibungslosen Ablauf der Therapie:

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 unentschuldig 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.

Unterschrift _____

Ort _____ Datum _____

Einverständniserklärung für die Entbindung von der Schweigepflicht

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 in meinem Fall oder 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 _____

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung

Die im Behandlungsvertrag / Verordnung angegebenen, personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Diagnose und Art der Durchführung der Behandlung, die allein zum Zwecke der Durchführung der Behandlung durch die Mitarbeiter der Therapeutischen Praxis Bergen – Celle – Klein Hehlen - Wathlingen – Wietze – Winsen/A. notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage der gesetzlichen Berechtigungen erhoben. Die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Daten werden gemäß § 302 SGBV über unseren Abrechnungsdienstleister an die Krankenkasse weitergeleitet. Ausschließlich der die Verordnung ausstellende Arzt erhält nach Verordnung einen Bericht über die Behandlung.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass diese Daten erhoben, gespeichert und im oben genannten Rahmen weitergegeben werden.

Jede darüberhinausgehende Nutzung der Personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig die Einwilligung des Betroffenen oder deren Erziehungsberechtigten. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Freiwillige Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass die Therapeutischen Praxen Bergen, Celle, Klein Hehlen, Wietze, Winsen/Aller zu Vereinbarung von Terminen und deren Erinnerung, sowie Informationen zur Behandlung per Mail / Telefon / Fax / SMS zusenden.

Rechte des Patienten: Auskunft, Berechtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 34 BDSG jederzeit berechtigt Auskunft über die gespeicherten Daten zu ersuchen. Ebenso können sie die Berechtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus ohne Angaben von Gründen von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung widerrufen.

Unterschrift _____

Ort _____ Datum _____