



# Therapeutische Praxis Michalski

Bergen – Celle – Klein Hehlen

Wathlingen – Wietze – Winsen/A.

Ergotherapie ◦ Logopädie ◦ Lerntherapie ◦ Handrehabilitation

& tiergestützte Therapie mit Pferd und Hund

## Anmeldebogen Logopädie 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: Ergotherapie  Physiotherapie  Sonstige  \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in logopädischer 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 \_\_\_\_\_