



Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung möglichst vollständig aus. Vielen Dank!

PATIENT / PATIENTIN:

Name, Vorname, Anschrift

Beruf

Geburtsdatum

Telefon- / Mobil-Nr.

E-Mail

ANGEHÖRIGE (Eltern, Betreuer):

Name, Vorname, Anschrift

Beruf

Telefon- / Mobil-Nr.

E-Mail

Name, Vorname, Anschrift

Beruf

Telefon- / Mobil-Nr.

E-Mail

VERSICHERUNG:

Krankenkasse

Versicherte Person

Hausarzt

Erwachsene: Von Zuzahlung befreit Nein Ja (Bitte Bescheinigung vorlegen)

IHR WEG ZU UNS

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wie kommen Sie zur Praxis? zu Fuß/Fahrrad S-Bahn Bus Auto

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Ja Nein

Problembeschreibung

WEITERE WICHTIGE INFORMATIONEN AUF DER RÜCKSEITE!

1. Videotherapie / Telemedizinische Leistungen:

Bei Bedarf kann die Therapie auch als Videotherapie stattfinden. Dies bietet sich an bei Eltern-/Angehörigengesprächen, bei Infektionserkrankungen oder wenn ein Herkommen in die Praxis unmöglich ist. Es können nicht alle Therapien online durchgeführt werden. Das Erstgespräch muss in jedem Fall in der Praxis stattfinden.

Sie benötigen zur Teilnahme:

- eine stabile Internetverbindung
- einen ungestörten, ruhigen Arbeitsplatz
- ggf. vorbereitetes Material, nach Vorgabe der/des Logopäd:in
- ggf. Assistenz zu Hause
- ein Telefon, damit wir uns sprechen können, falls etwas nicht klappt.

JA, ich bin damit einverstanden und technisch in der Lage, dass bei Bedarf eine Videotherapie durchgeführt wird.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Meinung ändern und doch in die Praxis kommen kann.

NEIN, ich bin nicht damit einverstanden, dass Videotherapie stattfindet.

2. Entbindung von der Schweigepflicht:

JA, ich bin damit einverstanden, dass mein:e Behandler:in sich mit den unten genannten Einrichtungen über therapierrelevante Inhalte austauscht. Bei Bedarf dürfen Unterlagen wie z.B. Berichte von dort anfordert werden und Berichte der Logopädie Praxis Raatschen dorthin gegeben werden.

- | | | |
|---|----------|------------|
| • Andere Arzt / Ärztin als der/die Überweisende _____ | _____ Ja | _____ Nein |
| • Kindergarten / Tagesstätte / Krippe: _____ | _____ Ja | _____ Nein |
| • Schule / Lehrkraft: _____ | _____ Ja | _____ Nein |
| • Therapeut*innen: _____ | _____ Ja | _____ Nein |
| • Sonstige: _____ | _____ Ja | _____ Nein |

NEIN, ich bin nicht damit einverstanden, dass mit Dritten ein Austausch stattfindet.

3. Datenschutz und AGB:

Die **Datenschutzbedingungen** der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB)** habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Vereinbarte Termine, die nicht wahrgenommen werden können, müssen spätestens **24 Stunden vorher abgesagt** werden.

Mir ist bekannt, dass mir unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit 35,00 Euro in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige hiermit, dass ich alles verstanden bzw. Unklares mit der/dem Therapeut:in besprochen habe:

Datum _____

Unterschrift _____