

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer(n):

Mobil:

E-Mail:

Besonderheiten (z. B. Sorgerecht, Betreuer, Vormund):

Allergien:

Kontaktwege für Terminabsprachen und notwendige Kommunikation

Bitte ankreuzen, welche Wege genutzt werden dürfen:

Telefon

SMS

WhatsApp

E-Mail

Behandlungsbedingungen

1. Ohne Vorlage einer gültigen und korrekt ausgefüllten Verordnung und ggf. notwendigen Genehmigungen können wir nicht tätig werden. Bei Änderungen der Kontaktdaten (Adresse / Telefonnummer / E-Mail-Adresse) bitte sofort informieren.

2. Gewünschte Beratungs- / Entwicklungs- oder Arztgespräche, auch telefonisch, gelten als Therapiezeit und werden über die laufende Verordnung abgerechnet.

3. Kommen Sie bitte regelmäßig und rechtzeitig (5 Minuten vor Therapiebeginn), um eine effektive Behandlung zu gewährleisten. Ihre Termine sind bindend und werden individuell vergeben. Für Kinder gilt auf dem gesamten Praxisgelände die Elternaufsichtspflicht.

4. Das Parken auf den Praxisparkplätzen geschieht auf eigene Gefahr. Für Garderobe und Wertgegenstände wird keine Haftung übernommen.

5. Falls Sie aus wichtigen Gründen absagen müssen, tun Sie dies bitte mindestens 24 Stunden vor dem Termin, zu geschäftsüblichen Zeiten. Für spätere Absagen müssen wir Ihnen die Kosten (30Euro) privat berechnen.

6. Der Gesetzgeber gibt vor, dass Patienten ab dem 18. Lebensjahr eine Zuzahlung für die erbrachten Therapien leisten müssen. Diese setzt sich aus 10 € Verwaltungsgebühr und 10 % des Rezeptwertes zusammen. Befreit sind nur Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie Erwachsene mit einer gültigen Zuzahlungsbefreiung.

Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Kontaktdaten (E-Mail, Postadresse, Fax und Handynummer) für Informationen (Terminbestätigung, Terminerinnerungen) per Post und mittels Zusatzservices (Fax und E-Mail, Whatsapp) von der Logopädischen Praxis Eike sowie den Abrechnungsdienstleistern nur für die oben genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Zustimmung zur Datenschutzerklärung

Ort, Datum:

Schweigepflichtentbindung (*wird nur bei Bedarf ausgefüllt*) gilt widerruflich bis zum:

Hiermit entbinde ich (Vor- und Zuname):

geboren am:

wohnhaft in:

die Person (Vor- und Zuname) der Logopädischen Praxis Eike:

von ihrer Schweigepflicht entsprechend §203 Strafgesetzbuch (StGB) gegenüber folgenden Personen/ Institutionen:

.....

(Anrede, Vor- und Zuname):

Berufliche Funktion:

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf den folgenden Zweck:

.....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich die oben benannte Person über die erfolgte und geplante Betreuung meiner/ unserer Familie/Lebensgemeinschaft bzw. meines/unseres Kindes hinsichtlich des oben benannten Zwecks und Inhalts mit den benannten Personen beraten kann und diese ihr Auskunft erteilen. Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit widerrufen werden kann.

-> Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Ort, Datum: