

## Anmeldung Ergotherapie

<b><u>Patient:</u></b>	<b><u>Erziehungsberechtigter:</u></b> (Bitte den Erziehungsberechtigten eintragen, bei dem das Kind versichert ist.)
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Ort:	Ort:
Telefonnummer:	Handynummer:
E-Mailadresse:	E-Mailadresse:
Kinderarzt bzw. Hausarzt:	Krankenkasse:
Beihilfe:	Postbeamten-KV:

Wurden Sie schon einmal in unserer Praxis behandelt?    Ja     Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- durch Empfehlung
  durch unsere Homepage  
 durch soziale Medien (Facebook / Instagram)

**Für gesetzlich Versicherte:**

Rezeptgebühr:  nicht befreit  befreit  
(Kinder sind zuzahlungsbefreit)

Sollten Sie nicht von der Rezeptgebühr befreit sein, denken Sie bitte bei der nächsten Behandlung an den von den Krankenkassen gesetzlich festgelegten Eigenanteil (Zuzahlung)

**Die Höhe der Zuzahlung setzt sich zusammen aus 10% der Behandlungskosten (zzgl. 10,00 € Verordnungsgebühr und 10 € Materialkosten pro Rezept).**

**Für Privatversicherte:**

Bitte erkundigen Sie sich **vor Beginn der Behandlung** nach Ihrem Versicherungstarif und in welcher Höhe Ihre Versicherung Leistungen erstattet.

**Bitte beachten Sie:**

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 mir unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe von 30 EURO in Rechnung gestellt werden.

Soweit der Patient / die Patientin ein minderjähriges Kind ist, versichert der in die Behandlung einwilligende Elternteil, insoweit auch im Namen des anderen Elternteils zu handeln und versichert, dass dieser andere Elternteil ebenfalls mit der Behandlung einverstanden ist.

**Ich habe davon Kenntnis, dass meine Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gespeichert und im Rahmen der Zweckbestimmung an Dritte (z.B. Kostenträger) übermittelt werden.**

**Darf dem behandelnden Arzt ein Therapiebericht zu gesendet werden?**  Ja  Nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von: .....

Erziehungsberechtigte: .....

Anschrift: .....

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Praxis „XANTIS Therapie – Saskia und Team“ meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:  
zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überwiesenen Arzt und die Krankenkasse weitergegeben oder vermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt und die Behandlung nicht erfolgen kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogenen Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

XANTIS Therapie – Saskia und Team

z.H. Saskia de Groot

Minervastraße 37

46419 Isselburg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den Aushang „**Patienteninformationen zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)

## Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich (Name des Erziehungsberechtigten)

.....

für

.....

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten)

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde, Newsletter, Rechnungen)

.....

.....

.....

durch die Praxis „XANTIS Therapie – Saskia und Team“

über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

E-Mail an folgende Adresse:

.....

.....

Sonstige:

.....

.....

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r)