

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte, Betreuer: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

## Information und Vereinbarungen zum Datenschutz

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte, Betreuer: \_\_\_\_\_

### 1. Regelmäßige Therapie

Die Therapieziele können nur erreicht werden, wenn die Therapie, wie verordnet, mindestens einmal pro Woche stattfindet. Die mehrfach wiederholte Absage kann dazu führen, dass die Therapie abgebrochen werden muss.

### 2. Vertretung der Therapie

Für das Erreichen Ihrer Therapieziele ist neben anderen Aspekten eine durchgehende Behandlung möglichst ohne Pausen wichtig. Damit das auch bei Krankheit oder Urlaub „Ihrer“ Therapeutin gewährleistet ist, bieten wir Vertretung an. Die Behandlungen durch eine vertretende Therapeutin werden durch eine interne Übergabe vorbereitet.

Folgendes ist für Sie wichtig zu wissen:

Die entsprechende Therapeutin macht einen Vertretungsplan, so dass sie bei gleichbleibender Uhrzeit zur Vertretungstherapeuten wechseln. Sollte sich die Uhrzeit ändern, informieren wir Sie.

Sollte noch kein passender Termin vorhanden sein, informieren wir Sie, sobald ein Termin frei geworden ist.

Wir bitten Sie, Vertretungen anzunehmen, da dies förderlich für den therapeutischen Prozess ist.

### 3. Mitarbeit der Erziehungsberechtigten und Angehörigen

Die Therapie Ihres Kindes oder Ihres Angehörigen ist nur erfolgreich, wenn Sie das Erlernte zu Hause anwenden und üben. Hierfür ist die regelmäßige Besprechung der Therapieinhalte notwendig. Bitte halten Sie sich immer 10 Minuten vor Therapieende im Wartebereich der Praxis bereit. Teilweise bitten wir Sie auch, an einer kompletten Therapieeinheit teilzunehmen. Die Besprechung der Therapie findet im Therapieraum statt.

#### 4. Aufsichtspflicht von Patienten unter 18 Jahren

Die Aufsichtspflicht von Patienten unter 18 Jahren besteht nur während der Behandlungszeit.

#### 5. Terminverhinderung, rechtzeitiges Absagen

Termine, welche nicht wahrgenommen werden können, müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls sind wir berechtigt, die versäumte Therapieeinheit privat in Rechnung zu stellen.

Nicht abgesagte oder zu spät abgesagte Termine werden zum Kassensatz privat in Rechnung gestellt.

#### 6. Gültige Verordnung für Ergotherapie

Die Therapie findet nur mit gültiger Verordnung statt. Sollte diese nicht vorliegen, wird die Behandlung privat in Rechnung gestellt.

#### 7. Zuzahlung

Gesetzlich versicherte Personen ab dem 18. Lebensjahr müssen nach §32 SGB V eine Zuzahlung für die Verordnung für Ergotherapie bezahlen. Diese setzt sich aus der Verordnungsgebühr in Höhe von 10 Euro und 10% der Kosten für die ergotherapeutische Behandlung zusammen.

Falls eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt, muss diese umgehend als Kopie bei uns eingereicht werden.

#### 8. Abrechnungszentrum

Ärztliche Verordnungen werden zur Abrechnung an das Rechenzentrum der jeweiligen Krankenkasse bzw. ein anderes externes Abrechnungszentrum weitergeleitet und elektronisch bearbeitet.

#### 9. Privat versicherte Patienten

Patienten mit einer privaten Versicherung bekommen pro Verordnung einen Behandlungsvertrag, der über die Kosten der Behandlung aufklärt und als Vertrag zwischen der Praxis und dem Patienten dient.

#### 10. Kontaktdatenänderung informieren

Sollten sich Kontaktdaten ändern, sind diese Änderungen umgehend weiterzugeben.

### 11. E-Mail

Personenbezogene Daten wie zum Beispiel Berichte, Befunde oder Terminiindaten übermitteln wir Ihnen auch per E-Mail. Wenn Sie damit einverstanden sind, schicken wir diese an folgende E-Mailadresse:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Name des Empfängers: \_\_\_\_\_

Der angegebene Empfänger der E-Mailadresse ist für den persönlichen Empfang verantwortlich.

### 12. Widerruf

Die Einwilligung der oben genannten Punkte kann jederzeit widerrufen werden. Dies muss schriftlich erfolgen.

### 13. Schweigepflicht

Unsere Praxis möchte qualitativ bestmögliche Therapien durchführen. Dazu ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig. Dabei findet Austausch und Beratung mit Bezugspersonen aus den verschiedenen Einrichtungen, Institutionen und anderen Therapeutengruppen über die betroffenen Patienten statt. Dies ermöglicht eine bessere Behandlung, verständnisvolleren Umgang und meistens auch bessere und schnellere Therapieerfolge. Hierfür benötigen wir von Ihnen eine Entbindung von der Schweigepflicht für die entsprechenden Fachgruppen.

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Angehörige \_\_\_\_\_ (Name)

Lehrer/Erzieher \_\_\_\_\_ (Name)

Pflegepersonal \_\_\_\_\_ (Name)

Ärzte \_\_\_\_\_ (Name)

Logopäde/Sprachtherapie \_\_\_\_\_ (Name)

Physiotherapie \_\_\_\_\_ (Name)

\_\_\_\_\_ (Name)

14. Unterschrift auf der Verordnung durch Kinder ab der 5. Klasse

*O Ich erlaube meinem Kind die Verordnung selber zu unterschreiben.*

15. Videoaufnahmen

O Hiermit erlaube ich dem behandelnden Therapeuten oder Therapeutin, Videoaufnahmen während der Therapieeinheit zu machen. Die Aufnahmen dienen ausschließlich der Dokumentation, Auswertung und Überprüfung des Therapieverlaufs und werden nur praxisintern gezeigt. Die Löschung erfolgt spätestens bei Abschluss der Therapie.

16. Telemedizin

O Hiermit erkläre ich mich einverstanden, auf dem Weg der Telemedizin (Videotherapie) behandelt zu werden. Für die Telemedizin wird der Videodienstanbieter WebPrax eingesetzt.

**O Ich habe die Patienteninformation gelesen und willige ihr ein.**

**O Ich habe die Anlage „Informationsblatt zum Datenschutz“ erhalten und willige ihr ein.**

**Name (Druckschrift):** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

## Informationsblatt zum Datenschutz

Sehr geehrte Patienten /-innen,

ein vertrauensvolles Verhältnis zu unseren Patienten ist uns besonders wichtig. Daher nehmen wir den Schutz Ihrer persönlichen Daten und der Praxis sehr ernst. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten stets vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften.

Nach den Artikeln 13 und 14 der EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weitergeleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in diesem Zusammenhang haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Die Ergotherapie Anna Neuhaus  
Hubert-Underberg-Allee 8  
47495 Rheinberg

Frau A. Neuhaus

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten. Dazu zählen Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsdaten und z.B. Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben.

Die Erhebung der Gesundheitsdaten sind Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine Behandlung wie auf der Verordnung stehend nicht erfolgen.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Psychotherapeuten, die kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztkammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Firmen, mit denen wir zusammen arbeiten, unterliegen ebenfalls der EU- Datenschutzgrundverordnung. Es liegen geschlossene ADV- Verträge vor.

#### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten bis 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

#### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu informieren.

#### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist laut EU- Datenschutzgrundverordnung Artikel 9 Absatz 2 in Verbindung mit §22 Absatz 1 Nr. 1 Bundesdatenschutzgesetz.

Bei Fragen sind wir gerne für Sie da.

Ihr Praxisteam

Sehr geehrte Patienten,

in unserer Vereinbarung zum Datenschutz weise ich darauf hin, dass ich das Recht habe (§293 ff. BGB, gesetzliche Regelung zum Annahmeverzug), Termine, die innerhalb von 24 Stunden abgesagt werden, dem Patienten privat in Rechnung zu stellen. Dies setze ich ab sofort wie folgt um:

**nicht abgesagte Termine**

Stellen wir Ihnen privat in Rechnung.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.



## Elternfragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Beruf der Eltern: \_\_\_\_\_

Name und Alter der Geschwister: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind geräuschempfindlich?  ja  nein  manchmal

Hat es Mühe sich zu konzentrieren, wenn andere

Geräusche in der Nähe auftreten?  ja  nein  manchmal

Scheint es schlecht zu hören?  ja  nein  manchmal

Hat es einen bekannten Hörfehler?  ja  nein  manchmal

Hat/hatte das Kind häufig Mittelohrentzündungen?  ja  nein  manchmal

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Hat es Mühe, Farben und Formen zu unterscheiden?  ja  nein  manchmal

Schleicht oder blinzelt es oft?  ja  nein  manchmal

Hat es einen bekannten Sehfehler?  ja  nein  manchmal

Sieht Ihr Kind regelmäßig Fernsehen?  ja  nein  manchmal

Wenn ja, wie lange pro Tag? \_\_\_\_\_

Benutzt es regelmäßig Computer / Videospiele:                    0 ja    0 nein    0 manchmal

Wenn ja, wie lange pro Tag? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stört es Ihr Kind, wenn jemand sein Gesicht wäscht?            0 ja    0 nein    0 manchmal

Stört es Ihr Kind, barfuß über Gras oder Sand zu gehen?        0 ja    0 nein    0 manchmal

Stört es Ihr Kind, schmutzig zu werden?                            0 ja    0 nein    0 manchmal

Arbeitet Ihr Kind ungern mit Fingerfarbe?                            0 ja    0 nein    0 manchmal

Bemerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geht Ihrem Kind viel kaputt?    0 ja    0 nein    0 manchmal

Ist es tollpatschig?    0 ja    0 nein    0 manchmal

Läuft es teilweise auf Zehenspitzen?                                    0 ja    0 nein    0 manchmal

Kleckert oder verschüttet es viel?                                        0 ja    0 nein    0 manchmal

Bemerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind viel in Bewegung?    0 ja    0 nein    0 manchmal

Fällt Ihr Kind häufig hin?    0 ja    0 nein    0 manchmal

Vermeidet es Spiele, die das Gleichgewichtssystem

ansprechen, z. B. Karussellfahren, Schaukeln?                        0 ja    0 nein    0 manchmal

Hat Ihr Kind Mühe, die Balance zu halten?                                0 ja    0 nein    0 manchmal

Wird dem Kind nach Gleichgewichtsstimulation

schnell übel?  ja  nein  manchmal

Bemerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist das Hüpfen auf einem Bein möglich?  ja  nein  manchmal

Wirkt das Hüpfen schwerfällig?  ja  nein  manchmal

Stützt sich Ihr Kind schnell ab, wenn es hinfällt?  ja  nein  manchmal

Bemerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zeigt Ihr Kind Schwierigkeiten

a) beim Schneiden mit der Schere?  ja  nein  manchmal

b) bei der Handhabung kleinster und feinsten Spielzeuge?  ja  nein  manchmal

c) einen Stift in der richtigen Stifthaltung zu gebrauchen?  ja  nein  manchmal

Bastelt es sehr ungern?  ja  nein  manchmal

Händigkeit?  rechts  links  gemischt

Bemerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine sprachliche Auffälligkeit?  ja  nein

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  ja  nein

Waren Schwangerschaft und Geburt komplikationslos, bzw. gab es während der Geburt besondere Vorkommnisse?

Sectio       Saugglocke       Zangengeburt       Nabelschnurumschlingung

Sauerstoffmangel       Lageanomalie       \_\_\_\_\_

Wie waren bei der Geburt

die Größe \_\_\_\_\_ das Gewicht \_\_\_\_\_

der Kopfumfang \_\_\_\_\_ APGAR \_\_\_\_\_

Wie war Ihr Kind im Baby- und Kleinkindalter?

Es schrie, weinte oft       ja     nein     manchmal

Es war sehr ruhig       ja     nein     manchmal

Es hatte einen unregelmäßigen Schlafrhythmus     ja     nein     manchmal

Es spuckte viel       ja     nein     manchmal

Haben Sie Ihr Kind gestillt?       ja     nein

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? Gab es Operationen oder Krampfanfälle?

---

---

---

Hat Ihr Kind bekannte Allergien?       ja     nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente?       ja     nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



hat Mühe, Regeln einzuhalten  ja  nein  manchmal

kann mit Misserfolgen schlecht umgehen  ja  nein  manchmal

Wie ist der Freundeskreis Ihres Kindes?

älter  jünger  gleichaltrig  außerhalb der Kita / Schule

Wie sieht das Zusammenspiel aus? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie selbstständig ist Ihr Kind? (an- und ausziehen, essen, waschen...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welches sind die Lieblingsspiele, -spielzeuge und -beschäftigungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welches sind die Stärken Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Merkt Ihr Kind, dass es etwas schlechter kann, oder fühlt es sich anders? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schule:

Hat Ihr Kind Mühe beim Schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Mühe, die Linien einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es ihm schwer, von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdreht es Ziffern und Buchstaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat es Mühe zu lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat es Mühe beim Rechnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt ihm das Turnen schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wo liegen in Ihren Augen die Hauptprobleme Ihres Kindes?

0 \_\_\_\_\_  
0 \_\_\_\_\_  
0 \_\_\_\_\_  
0 \_\_\_\_\_

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an unsere Praxis?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besuchte Schule/ Kindergarten**

Name der Institution:

---

Anschrift:

---

---

---

Telefonnummer:

---

Klasse/ Gruppe:

---

Klassenlehrerin/Gruppenleitung:

---

---