

Information und Vereinbarungen zum Datenschutz

1. Ihre Daten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte, Betreuer: _____

Telefonnummer: _____ von wem: _____

Telefonnummer: _____ von wem: _____

2. E-Mail

Name des Empfängers: _____

_____ @ _____

Der angegebene Empfänger ist für den persönlichen Empfang verantwortlich.

3. Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Praxis Die Ergotherapie von der Schweigepflicht gegenüber:

☐ Angehörige _____ (Name)

☐ Lehrer/Erzieher _____ (Name)

☐ Pflegepersonal _____ (Name)

☐ Ärzte _____ (Name)

☐ Logopäde/Sprachtherapie _____ (Name)

☐ Physiotherapie _____ (Name)

☐ _____ (Name)

4. Gültige Verordnung für Ergotherapie

Die Therapie wird nur mit gültiger Verordnung mit der Krankenkasse abgerechnet. Sollte diese nicht vorliegen, wird die Behandlung privat in Rechnung gestellt (ab 57€). Informieren Sie sich rechtzeitig, wann Sie eine neue Verordnung benötigen und ob Ihr Arzt diese ausstellt.

5. 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.

6. Terminverhinderung, rechtzeitiges Absagen

Termine müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls stellen wir diese zum Kassensatz (ab 57€) privat in Rechnung. Bei Wahrnehmen eines Ersatztermins in der gleichen oder Folgeweche, entfällt die Rechnung.

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

7. 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.

8. 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.

9. Aufsichtspflicht von Patienten unter 18 Jahren

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

10. 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.

11. Abrechnungszentrum

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

12. 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.

13. Kontaktdatenänderung informieren

Sollten sich Kontaktdaten ändern, sind diese Änderungen umgehend weiterzugeben.

14. Widerruf

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

15. Telemedizin

Für die Telemedizin wird der Videodienstanbieter WebPrax eingesetzt.

Ich habe die Patienteninformation gelesen und willige ihr ein.

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, Therapievorschlüsse 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

Elternfragebogen

Datum: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name der Eltern: _____

Beruf der Eltern:

Name und Alter der Geschwister: _____

Diagnose: _____

Ist Ihr Kind geräuschempfindlich? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Hat es Mühe sich zu konzentrieren, wenn andere

Geräusche in der Nähe auftreten? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Scheint es schlecht zu hören? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Hat es einen bekannten Hörfehler? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Hat/hatte das Kind häufig Mittelohrentzündungen? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Bemerkungen:

Hat es Mühe, Farben und Formen zu unterscheiden? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Schließt oder blinzelt es oft? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Hat es einen bekannten Sehfehler? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Sieht Ihr Kind regelmäßig Fernsehen? 0 ja 0 nein 0 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? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Bemerkung: _____

Fällt das Hüpfen auf einem Bein schwer? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Wirkt das Hüpfen schwerfällig? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Stützt sich Ihr Kind nicht ab, wenn es hinfällt? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Bemerkung: _____

Zeigt Ihr Kind Schwierigkeiten

- beim Schneiden mit der Schere? 0 ja 0 nein 0 manchmal

- bei der Handhabung kleinster und feinsten Spielzeuge? 0 ja 0 nein 0 manchmal

- einen Stift in der richtigen Stifthaltung zu gebrauchen? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Bastelt es sehr ungern? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Händigkeit? 0 rechts 0 links 0 gemischt

Bemerkung: _____

Wie verhält sich Ihr Kind?

meistens ruhig	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
meistens aktiv	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
wird rasch müde	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
redet unaufhörlich	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
leicht erregbar, impulsiv	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
kann Gefahren nicht einschätzen	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
kurze Konzentrationsspanne	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
nässt das Bett	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
hat Mühe, neue Aufgaben zu erlernen	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
hat Mühe, Regeln einzuhalten	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
kann mit Misserfolgen schlecht umgehen	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal

Nimmt ihr Kind an anderen Therapien teil? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welchen und aufgrund welcher Diagnose oder Schwierigkeiten?

Bei Schulkindern:

Hat Ihr Kind Mühe beim Schreiben?	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
Hat Ihr Kind Mühe, die Linien einzuhalten?	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
Fällt es ihm schwer, von der Tafel abzuschreiben?	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
Verdreht es Ziffern und Buchstaben?	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
Hat es Mühe zu lesen?	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
Hat es Mühe beim Rechnen?	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal
Fällt ihm das Turnen schwer?	☐ ja	☐ nein	☐ manchmal

Wie ist der Freundeskreis Ihres Kindes?

0 älter

0 jünger

0 gleichaltrig

0 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? _____

Wo liegen in Ihren Augen die Hauptprobleme Ihres Kindes?

0 _____

0 _____

0 _____

0 _____

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an unsere Praxis?

Schwangerschaft – Geburt – frühkindliche Entwicklung

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

Geburt

0 Spontan 0 Sectio 0 Saugglocke/Zange 0 Nabelschnurumschlingung

0 Sauerstoffmangel 0 Lageanomalie 0 _____

Wie waren nach der Geburt

die Größe _____ das Gewicht _____ Kopfumfang _____ APGAR ____ - ____ - ____

Wenn Sie gestillt haben, gab es beim Stillen Probleme? Wie lange haben Sie gestillt?

Wie war Ihr Kind im Baby- und Kleinkindalter?

Es schrie, weinte oft 0 ja 0 nein 0 manchmal

Es war sehr ruhig 0 ja 0 nein 0 manchmal

Es hatte einen unregelmäßigen Schlafrythmus 0 ja 0 nein 0 manchmal

Hatte Ihr Kind Krankheiten, Operationen oder Krampfanfälle?

Hat Ihr Kind bekannte Allergien? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Welche? _____

In welchem Alter machte Ihr Kind folgendes?

drehen _____

sitzen _____

krabbeln _____

stehen _____

laufen _____

akzeptierte es die Bauchlage? _____

allein essen _____

allein anziehen _____

Besuchte Schule/ Kindergarten

Name der Institution: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Klasse/ Gruppe: _____

Klassenlehrerin/Gruppenleitung: _____
