
Information zur Anmeldung

Liebe Klienten und Angehörige!

Ich freue mich, dass Sie zur ergotherapeutischen Behandlung in meine Praxis kommen und ich mit Ihnen an der Förderung Ihrer persönlichen Entwicklung arbeiten kann.

Wie viele andere ambulante Praxen bin ich eine Praxis mit Bestellsystem für Privatpatienten und Selbstzahler.

Das heißt Ihr vereinbarter Termin ist eine ausschließlich für Sie reservierte Zeit. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie um eine Absage bis **spätestens 24 Stunden vorher** per Telefon oder per E-Mail.

Ich bitte um Verständnis, dass ich Ihnen bei zu spät abgesagten oder versäumten Terminen die ausgefallene ergotherapeutische Behandlung der mit Ihnen geschlossenen Honorarvereinbarung in Rechnung stellen werde.

→ siehe auch Aushang in der Praxis (siehe § 615 BGB)

Bitte sagen Sie auch **außerhalb der 24-Stunden-Regel** Ihren für Sie persönlich reservierten und verbindlichen Therapietermin nur in wirklich begründeten Fällen ab.

Ich möchte mit Ihnen gemeinsam gezielt an Ihrer persönlichen Entwicklung arbeiten. Dazu benötige ich Ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit und Ihre verbindliche Anwesenheit.

Falls Ihnen dies nicht möglich sein sollte, stehe ich Ihnen gerne zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung und werden Sie gerne wieder auf die Warteliste setzen!

Bitte besprechen Sie mit mir konkret Ihre persönlichen Therapieziele, die Sie durch die Ergotherapie gemeinsam erreichen wollen.

Sollten Sie Ihre Therapieziele bald erreichen, oder gar schon erreicht haben, so freue ich mich über Ihren Erfolg.

Stand 26.08.2024

Auf weiterhin gute Zusammenarbeit!

Ihre Ergo- und Kunsttherapeutin Alenka Ficko

Datum

Unterschrift
(Pazient/ Angehöriger/
Bevollmächtigter)

Name des Patienten
(ausgeschrieben)

Anmeldeformular

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Name des Versicherten: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Privatpatient Verordnender Arzt: _____

Name Ihrer Privaten Krankenkasse: _____

Selbstzahler Verordnender Arzt: _____

Name Ihrer Gesetzlichen Krankenkasse: _____

Datum_____
Unterschrift

Einverständniserklärung

Entbindung der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden.

Die Ergotherapeutin Alenka Ficko ist berechtigt, Kontakt zu behandelnden Ärzten, Institutionen und Kliniken, in Absprache mit Ihnen, aufzunehmen. Sie verpflichtet sich gleichzeitig, diese Informationen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.

Ich habe die Patienteninformation erhalten und bin damit einverstanden.

Datum_____
Unterschrift