



Anmeldebogen Praxis SprachSinn

Datum:

Anmeldung zur

Ergotherapie

Logopädie

Dringend !!!

Angaben zum Patienten

Name, Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
Rufnummer Festnetz:	<input type="text"/>
Rufnummer Mobil:	<input type="text"/>
Name der Krankenkasse:	<input type="text"/>

Gesetzlich
 Privat Voll
 Privat Beihilfe

Verordnender Arzt:

Hausbesuch: ja

Nein

Rezept vorhanden:

ja

Nein

Wird ausgestellt

Weitere Infos

Wunsch-TherapeutIn:

Videotherapie möglich: Ja

Nein

Unentschlossen

Problematik in eigenen Worten

Termine

Eine Therapie ist zu folgenden Zeiten möglich:

	Bitte Zeitraum auswählen	Kommentare (von-bis / ab)
Montag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dienstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mittwoch	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Donnerstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Freitag	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Folgendes möchte ich Ihnen noch mitteilen



Geschäftsbedingungen

1. Regelmäßige Teilnahme

Wir vergeben **feste** Serientermine. Diese finden in der Regel ein- bis zweimal wöchentlich statt. Sie/ die Erziehungsberechtigten **verpflichten** sich, dass Sie **regelmäßig** zu den vereinbarten Terminen erscheinen. **Ausnahmen** nur nach Absprache.

2. Mitarbeit der Erziehungsberechtigten

Zum therapeutischen Prozess gehören **häusliche Eigenübungen** und **therapeutische Beratungsinhalte**. Um ein bestmögliches Behandlungsziel zu gewährleisten, ist ihr **aktives Mitwirken** dringend erforderlich.

3. Terminverhinderung

Sollte ein Termin nicht wahrgenommen werden können, muss dieser **spätestens 24 Stunden vorher** telefonisch abgesagt werden. Eine Nachricht an die Nummer der zuständigen Mitarbeiterin oder auf den Anrufbeantworter der Praxis ist immer möglich. Um die **Frist** zu wahren, gilt der **Zeitpunkt der Absendung**.

4. Ausfallgebühr

Mir ist bewusst, dass mir unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine **in Höhe von 60 €** privat in Rechnung gestellt werden.

5. Therapieabbruch

Sollten Termine wiederholt unentschuldigt ausfallen, **keine regelmäßigen Termine** zustande kommen oder die aktive Mitarbeit (siehe Punkt 2) ausbleiben, behalten wir uns vor die **Therapie abbrechen**.

6. Keine gültige Verordnung

Liegt zu Therapiebeginn **keine gültige Verordnung** oder Folgeverordnung vor, behalten wir uns vor, ihnen ein **Ausfallhonorar in Höhe von 60€** privat in Rechnung zu stellen.

7. Kostenübernahme

Privat- und Beihilfeklienten verpflichten sich die Kosten privat zu tragen. Zum Ende der Verordnung erhalten Sie ihre Rechnung und reichen diese zur Rückerstattung bei Ihrer Versicherung ein. Gerne erstellen wir Ihnen einen Kostenvoranschlag.

8. Ferienzeiten

Die Praxis ist auch während der **Ferienzeiten geöffnet**. Bitte teilen Sie uns Ihre **geplanten Urlaube rechtzeitig** mit. Der/die behandelnde Therapeut*in informiert Sie frühzeitig über geplante Therapieausfälle.

9. Akute Erkrankungen!!!

Bei akut auftretenden Krankheitssymptomen informieren Sie uns bitte umgehend.

Ich akzeptiere die Geschäftsbedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift