

**ICH HEI E SIE HERZLICH IN MEINER PRAXIS WILLKOMMEN**

Anmeldebogen Kind

Name (Kind): \_\_\_\_\_ Vorname (Kind): \_\_\_\_\_

Name (Eltern): \_\_\_\_\_ Vorname (Eltern): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Kind): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

 berweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass Termin nderungen etc. mir von meiner Therapeutin  ber

SMS:

Whats-App:

Signal:

Threema:

mitgeteilt werden.

## **In meiner Praxis bleiben Ihnen Wartezeiten erspart!**

Sie erhalten von Beginn an feste und gemeinsam vereinbarte Termine.

Dabei wird insbesondere auf gleichbleibende Zeiten geachtet um Ihre Terminplanung zu erleichtern.

Kurzfristige Therapieausfälle und die damit entstehenden Lücken lassen sich deshalb nicht durch andere Patienten ausgleichen.

Ich bitte daher um Ihr Verständnis, dass versäumte Termine, die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, Ihnen in Rechnung gestellt werden müsse. (**siehe Anlageblatt!**)

Sollte Ihr Kind plötzlich über Nacht erkranken, sagen sie bitte bis 8 Uhr am Morgen des Termins ab.  
Sollten sie ihr Kind wegen Krankheit aus der Schule/Kita abholen müssen und deshalb den Termin kurzfristig absagen, benötigen wir ein kurzes Schreiben der Schule/Kita bzw. ein Attest vom Arzt.

## **Kontinuierliche Behandlung ist ein Meilenstein Ihres Erfolges!**

Um Ihnen den größtmöglichen Therapieerfolg zu gewährleisten ist dazu eine regelmäßige und kontinuierliche Behandlung unbedingt notwendig!

Bei einmaliger Behandlung pro Woche verschiebt sich bei einem einzigen Ausfall bereits das Intervall auf zwei Wochen.

Durch wiederholte Therapielücken wird der Behandlungserfolg gefährdet.

## **Zu guter Letzt:**

Bitten lassen Sie mich sämtliche Anregungen und Kritik aller Art wissen!

Kommen Sie doch einfach ohne große zeitliche Verzögerung bei Unstimmigkeiten auf mich zu.

Wir werden gemeinsam eine Lösung finden!

## **Ich freue mich auf unsere gemeinsame Zusammenarbeit**

### **Schweigepflichtentbindung:**

Für den bestmöglichen Therapieerfolg ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt und den behandelnden Therapeuten notwendig.

Ich bin daher einverstanden, dass personenbezogene Angaben, ausschließlich zu diesem Zwecke, an die obig benannten Gruppen weitergegeben werden.

Die Vergütung & Abrechnung der Verordnung erfolgt über ein akkreditiertes Abrechnungszentrum.

Die dazu notwendigen Daten werden ausschließlich zu Abrechnungszwecken verwendet und nicht an unbefugte Dritte weitergereicht.

Außerdem darf die behandelnde Therapeutin bei Bedarf zu folgenden Personen Kontakt aufnehmen:

Herr/Frau: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

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

(des Erziehungsberechtigten)