



Die Ergotherapie

An die Erziehungsberechtigten des Kindes

Bitte bringen Sie zum ersten Termin folgende Unterlagen mit:

- Verordnung für Ergotherapie (Rezept)
- U-Heft
- Patienteninformation
- Schweigepflichtentbindung
- Elternfragebogen
- Berichte (falls vorhanden)

Ihr Termin ist am _____ **um**

_____ **Uhr**

bei der Therapeutin _____

Bitte kommen Sie ohne Ihr Kind.

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

Schielte 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? ja nein manchmal

Hat Ihr Kind Mühe, die Balance zu halten? ja nein 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 Stifhaltung 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? _____

Nimmt Ihr Kind an anderen Therapien teil? 0 ja 0 nein

Wenn ja, an welchen? _____

In welchem Alter machte Ihr Kind folgendes?

auf beide Seiten drehen _____

sitzen _____

krabbeln _____

stehen _____

laufen _____

akzeptierte es die Bauchlage? _____

alleine essen _____

sich alleine anziehen _____

Wie verhält sich Ihr Kind?

meistens ruhig 0 ja 0 nein 0 manchmal

meistens aktiv 0 ja 0 nein 0 manchmal

wird rasch müde 0 ja 0 nein 0 manchmal

redet unaufhörlich 0 ja 0 nein 0 manchmal

leicht erregbar, impulsiv 0 ja 0 nein 0 manchmal

kann Gefahren nicht einschätzen 0 ja 0 nein 0 manchmal

kurze Konzentrationsspanne 0 ja 0 nein 0 manchmal

nässt das Bett 0 ja 0 nein 0 manchmal

hat Mühe, neue Aufgaben zu erlernen 0 ja 0 nein 0 manchmal

hat Mühe, Regeln einzuhalten 0 ja 0 nein 0 manchmal

kann mit Misserfolgen schlecht umgehen 0 ja 0 nein 0 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? _____

Schule:

Hat Ihr Kind Mühe beim Schreiben? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Hat Ihr Kind Mühe, die Linien einzuhalten? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Fällt es ihm schwer, von der Tafel abzuschreiben? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Verdreht es Ziffern und Buchstaben? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Hat es Mühe zu lesen? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Hat es Mühe beim Rechnen? 0 ja 0 nein 0 manchmal

Fällt ihm das Turnen schwer? 0 ja 0 nein 0 manchmal

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: _____

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

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie es für die Durchführung der Behandlung notwendig ist.

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

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. 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.

3. Aufsichtspflicht von Patienten unter 18 Jahren

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

4. 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.

5. Gültige Verordnung für Ergotherapie

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

6. 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.

7. Abrechnungszentrum

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

8. 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.

9. Kontaktdatenänderung informieren

Sollten sich Kontaktdaten ändern, sind diese Änderungen umgehend weiterzugeben.

10. 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.

11. Widerruf

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

12. 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)

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

O Ich erlaube meinem Kind die Verordnung selber zu unterschreiben.

14. Videoaufnahmen

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.

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: _____

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

100% des Kassensatzes

innerhalb von 24 Stunden abgesagte Termine

Einzeltherapie: 50% des Kassensatzes, mindestens 25€

Gruppentherapie: 100% des Kassensatzes

ärztliches Attest für den zu behandelnden Patienten (keine Angehörigen) für den Behandlungstag

Sollte unser Patient innerhalb der Zahlungsfrist ein ärztliches Attest für den abgesagten Termin einreichen, wird auf die Rechnung verzichtet. Dies gilt ausschließlich für kurzfristig abgesagte Termine und den Krankheitszustand des Patienten und nicht der Angehörigen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Patient (Druckschrift): _____

Gesetzlicher Vertreter (Druckschrift): _____

Unterschrift: _____