

Herzlich Willkommen in unserer Praxis für Ergotherapie und Prävention Anke Müller!

Formular Erwachsene

Heute melden Sie sich, unter Anerkennung der von uns ausgehändigten Geschäftsbedingungen und der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung, die Inhalt des Behandlungsvertrages werden, verbindlich an.

Der erste Termin in unserer Praxis wird immer das Anamnesegespräch sein, in dem wir mit Ihnen besprechen woran gearbeitet werden soll und im Verlauf entwerfen wir gemeinsam einen individuellen Therapieplan. Für Ihre Wünsche und Anregungen sind wir immer offen.

Um einen reibungslosen Ablauf und einen guten Therapiefortschritt zu ermöglichen, ist eine regelmäßige Teilnahme an den Behandlungen notwendig. Wir stellen Ihnen in der Regel einen festen Termin zur Verfügung (Je nach Verordnung ein- oder mehrmals wöchentlich). Eventuelle Terminveränderungen werden wir rechtzeitig mit Ihnen absprechen und nicht die Regel sein.

Alle in unserer Praxis erhobenen Daten, Aufzeichnungen, u.a. werden nur zu therapeutischen Zwecken verwendet und unterliegen der Schweigepflicht. Sollte der Austausch mit anderen Stellen oder Personen (Arzt:Ärztin, Therapeut:innen anderer Professionen, etc.) sinnvoll für den Therapieverlauf sein, werden wir dies immer mit Ihnen besprechen und uns eine Schweigepflichtentbindung unterzeichnen lassen.

Wir bitten Sie die ausgehändigten Unterlagen vollständig auszufüllen und zu Ihrem ersten Termin in unserer Praxis mitzubringen.

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung unter der Telefonnummer **0511 – 98 42 24 45**.

Wir wünschen Ihnen einen guten Start in unserer Praxis!

Anke Müller und Team

Anmeldung / Behandlungsvertrag Erwachsene

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor dem ersten Termin vollständig aus!

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers Geschlecht
Straße / Hausnummer	PLZ / Wohnort
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Hausarzt/-ärztin	Krankenkasse
Haben Sie eine private Krankenversicherung?	☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie von Zuzahlungen befreit?	☐ Ja ☐ Nein
Rechnungsadresse für Zuzahlung (nur falls Daten von oben angegebener Adresse abweichen)	

Bitte informieren Sie uns zeitnah, wenn sich Ihre Kontaktdaten ändern sollten!

Folgende Personen sind berechtigt persönlich und telefonisch Informationen bezüglich

- ☐ meinem individuellen Behandlungsverlauf
 - ☐ Terminabsprachen
- zu erhalten:

1. _____
(Vor- und Nachname, Verwandtschaftsgrad, ggf. Telefonnummer)

2. _____
(Vor- und Nachname, Verwandtschaftsgrad, ggf. Telefonnummer)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die mir ausgehändigten Allgemeinen Geschäftsbedingungen an.

Ort, Datum

Unterschrift

Allgemeine Geschäftsbedingungen

der Praxis für Ergotherapie und Prävention Anke Müller

1. Mit Ihrer Anmeldung kommt ein verbindlicher Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns zustande, es sei denn, wir lehnen die Anmeldung innerhalb einer Woche Ihnen gegenüber schriftlich ab. Auf eine schriftliche Annahmeerklärung wird Ihrerseits verzichtet.

2. Die Preise unserer Leistungen sind in unserer Preisliste, die in unserer Praxis aushängt, ausgewiesen. Der entsprechende Betrag kann per Überweisung oder im Wege einer von Ihnen zu erteilenden Einzugsermächtigung entrichtet werden. Soweit Kurse und Vorträge belegt werden, ist der Preis hierfür spätestens zwei Wochen nach Beginn der entsprechenden Veranstaltung zu entrichten.

Handelt es sich bei unserer Leistung um einen Kurs oder um eine Therapie mit mehrfachen Behandlungsterminen, können Sie bis zwei Wochen vor Beginn der jeweiligen Veranstaltung oder Therapie schriftlich vom Vertrag zurücktreten, ohne dass Ihnen Kosten entstehen. Ein ggf. bereits gezahlter Preis wird Ihnen in voller Höhe erstattet. Ein späterer Rücktritt oder eine Kostenerstattung, z. B. bei Krankheit während des Kurses, ist nicht möglich. Bereits bezahlte Kurse können nicht auf andere übertragen werden. Wir behalten uns vor, eine Veranstaltung, einen Kurs oder einen Termin abzusagen, wenn die Mindestteilnehmerzahl eines Kurses oder einer Veranstaltung nicht erreicht wird oder wenn infolge Krankheit der Kurs, die Veranstaltung oder der Therapietermin unsererseits nicht eingehalten werden kann. In diesen Fällen ist unsere Haftung in Ziff. 3 dieser AGB geregelt. Während der gesetzlichen Schulferien finden keine Kindergruppen statt.

Entsprechend des Angebots kann sich der Preis für einen Kurs oder eine Veranstaltung erhöhen, wenn bestimmte Teilnehmerzahlen nicht erreicht werden.

Bei Kursen und Veranstaltungen, nicht jedoch bei Therapien, ist die Gestellung eines/ einer Ersatzteilnehmer:in grundsätzlich möglich, wenn diese/r mindestens zwei Tage vor Beginn der Veranstaltung schriftlich mit Adresse benannt und eine Bearbeitungsgebühr von 5,00 € von Ihnen erstattet wird.

Bei Verordnungsleistungen (Rezept) ist die **Absage bzw. Verlegung bis 24 Stunden vor Beginn des Termins** kostenfrei für Sie möglich. Bei Absage oder Verlegung weniger als 24 Stunden vor dem vorgesehenen Beginn müssen wir Ihnen, selbst wenn Sie Kassenpatient:in sind, die ausgefallene Zeit mittels einer Privatrechnung in Höhe von 45, 00 € abrechnen (Schadensersatzanspruch). Dies gilt nicht, wenn Sie uns bis spätestens zwei Wochen nach dem abgesagten oder verlegten Termin ein ärztliches Attest vorlegen, aus dem sich ergibt, dass Sie infolge Krankheit nicht in der Lage waren, den Termin wahrzunehmen und dies nicht mindestens 24 Stunden vor dem Termin erkennen konnten.

3. Unsere Haftung bemisst sich in Fällen des Vorsatzes oder groben Fahrlässigkeit des/ der Behandler:in oder dessen Vertretung oder Erfüllungsgehilfen nach den gesetzlichen Bestimmungen. Im Übrigen haften wir nur wegen der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit oder wegen schuldhafter Verletzung wesentlicher Vertragspflichten bzw., soweit anwendbar, nach dem Produkthaftungsgesetz. Der Schadensersatzanspruch für die Verletzung wesentlicher Vertragspflichten ist jedoch auf den vertragstypischen, vorhersehbaren Schaden begrenzt. Diese Regelung gilt nicht, soweit Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt oder wegen der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit gehaftet wird.

Die Regelungen des vorstehenden Absatzes erstrecken sich auch auf Schadensersatz neben der Leistung und Schadenersatz statt der Leistung, gleich aus welchem Rechtsgrund, insbesondere wegen Mängeln, der Verletzung von Pflichten aus dem Schuldverhältnis oder aus unerlaubter Handlung. Sie gelten auch für den Anspruch auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen. Die Haftung für Verzug und für Unmöglichkeit bemisst sich nach dem Gesetz.

4. Wir sind berechtigt, für den Fall, dass Sie mehrfach unentschuldig Termine nicht wahrnehmen, Sie von der weiteren Therapie auszuschließen, was wir Ihnen schriftlich mitteilen werden, und den Therapieplatz anderweitig zu vergeben.

5. Bitte beachten Sie, dass wir Termine nur nach Vereinbarung vergeben.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte/r, _____
(Name, Vorname der zu behandelnden Person bzw. dessen gesetzliche Vertretung)

um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zur Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (bspw. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Es kann vorkommen, dass während des Therapieverlaufs Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht verstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihre Therapie nicht nachvollziehen können, besprechen Sie dies bitte direkt mit Ihrem/ Ihrer behandelnden Therapeut:in.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeut:innen für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der/ die Therapeut:in die Behandlung ablehnt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die von Ihnen gemachten Angaben als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert werden, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren (vgl. § 630 f Abs. 3 BGB). Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, unrichtige Angaben berichtigen oder löschen zu lassen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gern vertrauensvoll an Ihre/n behandelnde/n Therapeut:in. Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, die Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Ihr Praxisteam

Ort, Datum

Unterschrift