

Patienteninformation

Name (Patient): _____ geb.: _____

Anschrift

Telefonnummer: Privat: _____ Beruflich: _____
Handy: _____

Überweisender Arzt _____

Krankenkasse _____ Vers. Nummer: _____

Zuzahlungen befreit bis _____ nicht befreit

Mitversichert bei:

Name _____ geb.: _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ich erkläre durch meine Unterschrift meine Kenntnisnahme und Zustimmung über folgende Vereinbarung:

1. Ich entbinde die oben genannte Praxis von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber:
 - Kolleginnen aus der o.g. Praxis, sofern dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich und oder relevant ist.
 - Schweigepflichtsentbindungen, die für weitere Institutionen und oder Personen gelten, werden gesondert eingeholt.
2. Laut §630f BGB und dem neuen Bundesdatenschutzgesetz, ist die Praxis dazu verpflichtet meine Daten in einer Patientenakte zu dokumentieren.
3. Ich stimme zu, dass meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten von der o.g. Praxis nach den gesetzlichen Vorgaben aufgenommen, verarbeitet und gespeichert werden.
4. Ich bin darüber informiert, dass die o.g. Praxis mit einer Abrechnungsstelle und einem Steuerberater zusammenarbeitet und meine abrechnungsrelevanten Daten zu diesem Zweck weitergeben kann.

5. Die Aufsichtspflicht der logopädischen Praxis über die zu therapierenden Kinder besteht nur für die Dauer der Therapiesitzung. Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Ich bin darüber informiert, dass unentschuldigte nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat mit 50,00 € in Rechnung gestellt werden. Es ist der Praxis möglich, Ihre Absage rund um die Uhr (Anrufbeantworter) entgegenzunehmen.
6. Falls Sie zum ersten Termin noch keine gültige Verordnung vorliegen haben sollten, und diese nicht rechtzeitig nachreichen, müssen wir Ihnen den zeitlichen Aufwand in Rechnung stellen.
7. Sollten Sie nicht von Zuzahlungen befreit sein, so müssen wir eine Gebühr von 10% der Behandlungskosten zuzüglich der Rezeptgebühr erheben. Dieses wird spätestens zum Ende des Rezeptes fällig.

Ich bin darüber informiert, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum _____

Unterschrift _____