

Anmeldung und Therapievertrag

Name: _____

geboren am: _____

PLZ/Wohnort: _____

Straße, Hausnummer: _____

Telefon/mobil/email: _____

[] Ich bin damit einverstanden, dass meine Email/Mobilfunknummer/Telefonnummer auch in den Mobiltelefonen der Mitarbeiterinnen gespeichert wird, um jederzeit einen reibungslosen Kontakt und Terminabsprachen zu ermöglichen. Ich bin ferner damit einverstanden, dass ich über Messengerdienste wie Facebook-Messenger oder Whatsapp kontaktiert werde. Die Nutzungsbedingungen von Whatsapp und Facebook sind mir bekannt.

Krankenkasse/Versicherungsnummer: _____

Name des Versicherten: _____

Haus-/Kinderarzt, überweisender Arzt: _____

Name der Mutter: _____ geb.am: _____

Beruf/derzeit ausgeübte
Tätigkeit: _____

Name des Vaters: _____ geb.am: _____

Beruf/derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Bitte lesen Sie die Hinweise auf der 2.Seite aufmerksam durch!

- Die Mitarbeiter der Wortschatztruhe verpflichten sich, nach neuesten Erkenntnissen und unter Anwendung aller erworbenen Kenntnisse und durch regelmäßige Fortbildungen dem Patienten die angemessene Behandlung zukommen zu lassen.
- Die Therapien finden regelmäßig statt und werden bei Krankheit und Urlaub nach Möglichkeit durch andere Kollegen/Innen vertreten, sofern dies für den Therapieerfolg sinnvoll erscheint.
- Die Angehörigen werden über die Inhalte der Therapie und über häusliche Möglichkeiten durch den Therapeuten **während der Therapiezeit** informiert und aufgeklärt.
- Der Patient verpflichtet sich, die vereinbarten Termine pünktlich und zuverlässig wahrzunehmen und nicht stattfindende Termine mindestens 24h vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht oder sehr kurzfristig abgesagte Termine in Rechnung zu stellen.
- Der Patient und die Angehörigen verpflichten sich weiterhin, für den Therapieerfolg notwendige häusliche Übungen regelmäßig durchzuführen.
- Wird der Patient von einer betreuenden Person abgeholt, soll dies pünktlich zum Ende der vereinbarten Therapiezeit erfolgen. Über die vereinbarte Zeit hinaus können wir keine Aufsichtspflicht übernehmen!
- Wird eine ausführliche Beratung oder ein Gespräch zum Therapieverlauf gewünscht, vereinbaren sie bitte einen extra Termin, welcher dann ebenfalls als Behandlungseinheit abgerechnet wird.

Für Patienten der Frühförderstelle:

- Unsere Praxis arbeitet in Kooperation mit der Frühförderung der Lebenshilfe zusammen. Alle Entscheidungen über Verlauf der Therapie, Frequenz oder Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen trifft die Frühförderstelle.

Naila, Helmbrechts, den _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Therapeut: _____