



Anmeldung

Name des Patienten: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Versichert durch: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Bitte ankreuzen, wenn **unsichere Kommunikationswege** wie E-Mail oder WhatsApp genutzt werden dürfen:

Telefon: _____ WhatsApp

E-Mail: _____ E-Mail

Privatpatient: ja nein

Beihilfe: ja nein

Krankenkasse: _____ Mitglied Angehöriger Rentner

Zuzahlung: ja, befreit bis _____ nein, nicht befreit

Info Zuzahlung: Eigenanteil durch den Patienten 10 € pro Rezept zzgl. 10 % für jede in Anspruch genommene Therapiesitzung. Der Betrag wird von dem Leistungserbringer eingezogen und bei der Vergütung der Rezepte durch die Krankenkasse abgezogen.

Ausgenommen von der Zuzahlung sind alle Versicherten bis zum 18. Geburtstag, Patienten der Berufsgenossenschaft/ Unfallkassen, Privatpatienten und Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse (Gruppe A)

Verordnender Arzt: _____



Vereinbarung zum Behandlungsablauf

Lieber Patient!

Wir begrüßen Sie in unserer Logopädischen Praxis Sprachinsel.

Um den Therapieablauf so erfolgreich und reibungslos wie möglich zu gestalten, möchten wir Ihnen zu Beginn der Therapie folgende Regelungen mitteilen.

Aufsichtspflicht

Bitte beaufsichtigen Sie Ihr Kind in den vorgesehenen Wartebereichen. Für Sie als Eltern endet Ihre Aufsichtspflicht erst, wenn die Therapie begonnen wurde. Seien Sie rechtzeitig vor Ende der Therapie wieder im Haus. Ihre Aufsichtspflicht beginnt wieder, sobald die Therapie beendet ist.

Das Betreten der Behandlungsräume ist ohne Anwesenheit eines Therapeuten nicht erlaubt.

Die Praxis für Logopädie übernimmt keine Haftung für die von dem Patienten mitgebrachten Gegenstände und Wertsachen.

Unterschrift des/der Patienten/in Erziehungsberechtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in

Speicherung von Daten

Patientendaten werden zu Abrechnungs- und Verwaltungszwecken in der EDV über Optica Viva gespeichert.

Die Abrechnung der Verordnungen erfolgt über das OPTICA Abrechnungszentrum, Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart.

Wir bitten Sie, uns mit Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen, personenbezogenen Daten zu erteilen.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die oben stehenden Informationen zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Patienten/in /Erziehungsberechtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in



Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Uns ist der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr wichtig. Die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSG-VO) verpflichtet uns, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten von Ihnen erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf den Datenschutz haben.

Logopädische Praxis Sprachinsel

Bramfelder Dorfplatz 17

22179 Hamburg

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben. Es werden nur die Daten verarbeitet, die notwendig sind, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Praxis Sprachinsel und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Zu diesem Zweck verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere auch Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Name, Adresse, Geburtsdatum, die Verordnung vom Arzt, gegebenenfalls mit weiterführenden Diagnostiken, Diagnosen, Behandlungspläne und Verlaufsdokumentationen, Therapieberichte an den Arzt.

Die Erhebung dieser Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Ohne die Bereitstellung der erforderlichen Daten, kann eine Behandlung nicht erfolgen.

Weitergabe Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem die Krankenkassen, ihr behandelnder Arzt oder unser Abrechnungsunternehmen sein.

Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH

Marienstrasse

1070178 Stuttgart.

Logopädische Praxis Sprachinsel, Inh.: Katrin Hoffmann, Bramfelder Dorfplatz 17, 22179 Hamburg

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten sprachtherapeutischen Leistungen, zur Klärung von medizinischen, sich aus der Verordnung oder Behandlung ergebenden Fragen, sowie zur Klärung von sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Datenspeicherung

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur solange aufbewahrt, wie es für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir jedoch dazu verpflichtet, Ihre Gesundheitsdaten mindestens 3 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Ihre Rechte

Sie haben ein Recht Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Bei unrichtigen Daten können Sie die Berichtigung der fehlerhaften Daten verlangen.

Das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen zu.

Da die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Basis gesetzlicher Regelungen erfolgt, benötigen wir nur in Ausnahmefällen Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben zusätzlich das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten nicht rechtmäßig erfolgt.

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Rechtsgrundlage für die Aufbewahrung der vollständigen Patientenakten ist § 630f BGB.

Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam der Sprachinsel.

Datum, Unterschrift PatientIn: _____



Ausführung Praxis

Hospitationserlaubnis

Name Patient:in: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass während der Diagnostik, Therapie oder Beratung dritte Personen, z.B. Studierende oder Praktikanten, zu Hospitationszwecken anwesend sind. Alle anwesenden Personen unterliegen der Schweigepflicht und wurden auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

Die Erlaubnis kann jederzeit, auch für einzelne Personen, schriftlich widerrufen werden.

Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich erhalten.

Datum, Name/Unterschrift Patient:in bzw. gesetzliche/r Vertreter:in:

Vereinbarung zum Behandlungsablauf

Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme der Patientin/des Patienten ab.

Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen.

Wenn Sie bzw. Ihr Kind zur vereinbarten Behandlungszeit nicht kommen können, sagen Sie bitte rechtzeitig Bescheid. Bei Behandlungen, die nicht oder weniger als **24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, sind wir leider gezwungen, die bereits vereinbarte Behandlung zum geltenden Kassensatz (**67,93 €**) in Rechnung zu stellen (§615 BGB).

Unterschrift des/der Patienten/in Erziehungsberechtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in

Einkaufschip ausgegeben am:

Entbindung von der Schweigepflicht innerhalb der Praxis

Patient:in _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Sorgeberechtigte:r Betreuer:in _____

Adresse _____

Hiermit entbinde ich die Sprachtherapeut:innen der logopädischen Praxis Sprachinsel von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber allen Sprachtherapeut:innen der oben genannten Praxis.

Zweck der Schweigepflichtentbindung

Ohne eine Schweigepflichtentbindung kann die Vertretung der Sprachtherapeut:innen beispielsweise bei Erkrankung der Therapeutin oder Elternzeit der Therapeutin nicht problemlos an eine andere Sprachtherapeutin der Praxis übergeben werde.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum/Unterschrift: (Patient:in bzw. Sorgeberechtigte:r/Betreuer:in)

Entbindung von der Schweigepflicht extern

Hiermit entbinde ich die SprachtherapeutInnen der logopädischen Praxis Sprachinsel von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber:

Notfallkontakt: _____
(Name, Verhältnis, Telefonnummer)

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum/Unterschrift: (PatientIn bzw. Sorgeberechtigte/Betreuer)

Ausführung für Patient:in

Hospitationserlaubnis

Name Patient:in: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass während der Diagnostik, Therapie oder Beratung dritte Personen, z.B. Studierende oder Praktikanten, zu Hospitationszwecken anwesend sind. Alle anwesenden Personen unterliegen der Schweigepflicht und wurden auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

Die Erlaubnis kann jederzeit, auch für einzelne Personen, schriftlich widerrufen werden.

Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich erhalten.

Datum, Name/Unterschrift Patient:in bzw. gesetzliche/r Vertreter:in:

Vereinbarung zum Behandlungsablauf

Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme der Patientin/des Patienten ab.

Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen.

Wenn Sie bzw. Ihr Kind zur vereinbarten Behandlungszeit nicht kommen können, sagen Sie bitte rechtzeitig Bescheid. Bei Behandlungen, die nicht oder weniger als **24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, sind wir leider gezwungen, die bereits vereinbarte Behandlung zum geltenden Kassensatz (**67,93 €**) in Rechnung zu stellen (§615 BGB).

Unterschrift des/der Patienten/in
Erziehungsberechtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in

Einkaufschip ausgegeben am:
