LOGOPÄDIE DEUBZER

Anmeldebogen mit Behandlungsvereinbarung und Datenschutzerklärung

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Therapieangebot entschieden haben. Als Praxis für Logopädie Gertraud Deubzer, Aventinusplatz 3 in 93326 Abensberg, schließen wir diesen Behandlungsvertrag mit Ihnen als Patient/Patientin, um die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu schaffen.

Mein Vorname:

Mein Nachname:

Mein Geburtsdatum:

Meine E-Mail-Adresse:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Unter dieser Handynummer bin ich erreichbar:

Meine weitere Telefonnummer:

☐ Mailbox oder Anrufbeantworter sind eingeschaltet und werden regelmäßig abgehört

Krankenkasse:

Grund der Anmeldung:

Diese medizinisch relevanten Befunde liegen vor (Arztberichte / Berichte von der Reha-Klinik / Krankenhausaufenthalt):

☐ ich bin zuzahlungsbefreit (bitte Ausweis vorlegen)

☐ ich bin zuzahlungspflichtig

Nur zur besseren Transparenz der entstehenden Kosten bekommen Sie bei Behandlungsbeginn eine Zuzahlungs-aufforderung. Zum Ende der Behandlungssequenz bekommen Sie eine Rechnung über die zu zahlende Zuzahlung (zahlbar in bar oder per Überweisung).

Gertraud Deubzer
Logopädin

Aventinusplatz 3+5
93326 Abensberg

Tel. 09443 / 90 62 7 62
Fax 0 94 43 / 90 62 7 60

kontakt@logopaedie-deubzer.de
www.logopaedie-deubzer.de

1. KOSTENÜBERNAHME BEI THERAPIEAUSFÄLLEN
Termine, die nicht eingehalten werden können – unabhängig von Ursachen – müssen so frühzeitig wie möglich, mindestens aber 24 Stunden vorher abgesagt werden. Unser Anrufbeantworter wird mehrmals täglich abgehört und ist verlässlich. Gibt es einen vereinbarten Folgetermin, sehen Sie bitte von einem Rückruf von unserer Seite ab. Nutzen Sie dazu **NUR** den Anrufbeantworter des Festnetzanschlusses unter **09443 / 90 62 7 62** – Absagen per Mail werden nicht berücksichtigt. Termine für Montag sagen Sie bitte auch am Samstag oder Sonntag ab.
Wird der Termin weniger als 24 Stunden vorher abgesagt oder fehlen Sie unentschuldigt, wird ein Ausfall von 72 € in Rechnung gestellt.
Behandlungen finden auch in den Schulferien statt, außer es wird für Ihre Therapie explizit anders vereinbart. In den Sommerferien müssen mind. zwei Termine wahrgenommen werden, sonst belegen wir den Platz anderweitig.

2. KOPIERKOSTEN
Pro Zehnerverordnung verlangen wir 3 € Kopierkosten, diese begleichen Sie bitte bei Ihrem Therapeuten.

3. GÜLTIGE VERORDNUNG
Zu jeder Diagnostik- und Behandlungsstunde muss uns eine gültige Verordnung vorliegen. Liegt diese nicht vor (und wird uns diese nicht bis zur nächsten Stunde nachtgereicht), stellen wir die Kosten privat in Rechnung.

4. TELETHERAPIE
Therapien per Video sind für gesetzlich Versicherte möglich. Wir in der Praxis möchten diese in Einzelfällen nutzen, um kurzfristige Absagen durch Erkrankung der Begleitperson, widrige Wetterverhältnisse wie Glatteis, Schwangerschaft der Therapeutin oder ähnliches abzufedern. Eine Datenspeicherung erfolgt nicht, die Vorgaben der DSGVO werden eingehalten.
Zur mit dem Therapeuten vereinbarten Teletherapie bekommen Sie einen Link an Ihre angegebene E-Mail-Adresse. Sie brauchen sich für die Therapie nicht zu registrieren, es genügt, nach Anklicken des Links einen Namen (auch Nickname oder Anfangsbuchstaben reichen) einzugeben. Sie benötigen ein Endgerät mit Bildschirm, Kamera und Mikrofon. Als Browser verwenden Sie bitte Google Chrome oder Safari.
Die Bestätigung der durchgeführten Therapie erfolgt per E-Mail an teletherapie@logopaedie-deubzer.de mit diesem Text: „Hiermit bestätige ich den Erhalt einer Teletherapie durch die Praxis Logopädie Deubzer am (Datum).“

5. TERMINERINNERUNGSSERVICE PER E-MAIL
Sie werden 36 Stunden vor dem Termin an die geplante Behandlung per E-Mail erinnert.

6. SMS-MITTEILUNG BEI KRANKHEIT DES THERAPEUTEN
Sie werden im Krankheitsfall des Therapeuten über die Absage der Therapie per SMS informiert. Die zuvor versendete Terminerinnerung per E-Mail ist mit Erhalt einer Absage-SMS hinfällig, es gilt die Absage.

7. VERSCHLÜSSELUNG KONTAKTAUFNAHME

☐ **Ich habe diese Vertragsvereinbarungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass die Daten auf dem Weg per E-Mail und SMS nicht zusätzlich verschlüsselt sind und der Kommunikationsweg für Daten nicht zu 100% sicher ist.**

8. DATENSCHUTZERKLÄRUNG
Ich bin damit einverstanden, dass
a. meine Daten in der Praxis für Logopädie Gertraud Deubzer elektronisch gespeichert werden.
b. ärztlich geforderte Berichte auf dem Postweg geschickt oder gefaxt werden dürfen.
c. Daten an die Abrechnungsstellen der Krankenkassen weitergeleitet werden.
d. Rechnungen für Minderjährige auch an Erziehungsberechtigte geschickt werden dürfen.
Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Mein Vorname: | Mein Nachname:

Ort, Datum: | Meine Unterschrift:

Gertraud Deubzer
Logopädin
Aventinusplatz 3+5
93326 Abensberg
Tel. 09443 / 90 62 7 62
Fax 0 94 43 / 90 62 7 60
kontakt@logopaedie-deubzer.de
www.logopaedie-deubzer.de