



Anmeldung für die Therapieplatzliste

Liebe Klient*innen, Angehörigen & Eltern,

mit diesem Formular bieten wir Ihnen die Möglichkeit sich ganz bequem für die Therapieplatzliste anzumelden. Senden Sie uns hierfür den ausgefüllten Bogen per Post oder Mail zu. Nach Erhalt Ihrer Anmeldung bekommen Sie schnellstmöglich eine Bestätigung per Mail. Sobald ein freier Therapieplatz zu den von Ihnen angegebenen Daten passt, melden wir uns bei Ihnen. Falls Sie in den nächsten drei Monaten noch kein Angebot für einen Therapieplatz von uns erhalten haben, melden Sie sich bitte erneut per Mail bei uns und teilen Sie uns mit, ob Sie noch Interesse an einem Therapieplatz haben. Sollten wir keine Nachricht von Ihnen erhalten, nehmen wir Sie von unserer Therapieplatzliste.

Wir danken Ihnen schon jetzt für Ihr Interesse, das Vertrauen und die Unterlagen.

Jeannette Derks & Team

Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
Mailadresse	
Telefonnummer	
Adresse/ Wohnort	
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> GKV, gesetzliche Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> Privatversichert
Bitte geben Sie uns verbindlich an, an welchen Wochentagen und zu welchen Zeiten zw. 8-16:30 Uhr wir Sie ggf. einplanen dürfen? Informieren Sie uns bitte auch über Änderungen dieser.	
MO _____	
DI _____	
MI _____	
DO _____	
FR _____	
Falls Ihnen bereits eine Verordnung vorliegt, welches Heilmittel wurde verordnet?	
Heilmittel	<input type="checkbox"/> Sensomotorisch - perzeptive Behandlung (45 Minuten) <input type="checkbox"/> Psychisch Funktionelle Behandlung (60 Minuten) <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung (30 Minuten) <input type="checkbox"/> Motorisch- funktionelle Behandlung (30 Minuten)
Hat der Arzt einen Hausbesuch verordnet? Zutreffendes bitte ankreuzen.	
Ja	
Nein	

Wie ist der Name des verordnenden Arztes?
Falls ja, soll der Hausbesuch in einer Einrichtung stattfinden? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Werkstatt für Menschen mit Behinderung in _____ <input type="checkbox"/> Alten- Pflegeheim, Name/ Ort: _____ <input type="checkbox"/> Tagespflege, Name/ Ort: _____
Bei Kindern: Welche Schule, welches Schuljahr bzw. welchen Kindergarten besucht ihr Kind, wann wird ihr Kind eingeschult?
Liegen Berichte vom SPZ, Frühförderstelle o.ä. vor?
Beschreiben Sie hier kurz Ihr Anliegen. Warum haben Sie eine Indikation für die Ergotherapie? Welche Ziele möchten Sie erreichen?
Warum wünschen Sie sich eine Behandlung/ Therapie in <u>unserer</u> Praxis bzw. wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Anschrift und obige Informationen) zur Kommunikation bezüglich der Terminabsprache, Vorbereitung, Durchführung oder Abrechnung von Leistungen im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung verarbeitet werden.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann, indem ich J. Derks postalisch (Mühlenstraße 21, 47589 Uedem) oder per E-Mail (jeannette.derks@ergotherapie-derks.de) meinen Widerruf gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten mitteile.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten oder gesetzlichen Vertreters