



Anmeldung in der Praxis

Liebe Klient*innen, Angehörige und Eltern,

schön, dass Sie hier sind und uns Ihr Vertrauen schenken. Im folgenden Abschnitt erläutern wir Ihnen unser Anmeldeverfahren und haben die wichtigsten Schritte für Sie übersichtlich zusammengestellt. Es ist uns ein Anliegen, transparent mit Ihnen zu kommunizieren, damit Sie wissen, was Sie von uns erwarten können.

1. Anmeldung:

Sie füllen das Anmeldeformular aus und senden es uns zurück. Das Formular finden Sie unten zum Download.

2. Wir prüfen Ihre Anmeldung:

Wir nehmen uns Zeit, jede Anmeldung aufmerksam zu prüfen.

Wir schauen gemeinsam im Team, ob wir aktuell einen passenden Platz anbieten und ob wir Sie auf unsere Warteliste aufnehmen können. Unsere Praxis verfügt über ein begrenztes Kontingent an Hausbesuchs-, Praxis- und Privatplätzen. Diese müssen wir unter Berücksichtigung unserer räumlichen Kapazitäten und der Verfügbarkeit unserer Therapeuten vergeben. Zusätzlich behandelt nicht jeder Therapeut alle Krankheitsbilder und wir sind als Therapeuten nicht an fünf Tagen in Vollzeit präsent. Besonders im Mittagsbereich stehen nur sehr wenige Plätze zur Verfügung, die teilweise langfristig vergeben sind. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir nicht jede Anmeldung berücksichtigen können und in manchen Fällen auch keine Aufnahme auf die Warteliste erfolgt. Sollte dies bei Ihnen der Fall sein, informieren wir Sie zeitnah und bitten um Ihr Verständnis.

3. Schnelle Rückmeldung:

Sie erhalten innerhalb einer Woche von uns Bescheid, ob wir Ihnen direkt einen Platz anbieten können oder ob wir Sie auf unsere Warteliste aufnehmen können.

4. Warteliste & regelmäßige Rückmeldung:

Sobald ein passender Platz für Sie frei wird, informieren wir Sie umgehend.

Wichtig: Sollten Sie drei Monate nach Ihrer Anmeldung nichts von uns hören, melden Sie sich bitte bei uns, um uns mitzuteilen, ob weiterhin Interesse an einem Platz besteht. Nach Ihrer Rückmeldung bestätigen wir Ihnen selbstverständlich den Verbleib auf der Warteliste. Erhalten wir keine Rückmeldung, nehmen wir Sie von der Warteliste.

Ebenso wichtig: Falls sich Ihre zeitlichen Möglichkeiten in der Zwischenzeit ändern, geben Sie uns bitte zeitnah Bescheid, damit wir Ihr Formular entsprechend anpassen können.

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?

Werkstatt für Menschen mit Behinderung in _____

Alten- Pflegeheim, Name/ Ort: _____

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 unserer 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 des/der gesetzlichen Vertreter*in