

---

## ANMELDUNG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

E-mail Adresse: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit (gesetzliche KK): ☐ nicht befreit ☐ befreit

Privatpatient: ☐ ja ☐ nein

Ich erkläre mich bereit, Termine die ich nicht einhalten kann, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Nicht fristgemäß abgesagte Termine werden privat, in Höhe von 40€, in Rechnung gestellt. Ab dem 3. unentschuldigten Fehlen, werden alle noch geplanten Termine storniert und es werden keine weiteren vergeben.

Die Praxis bittet hiermit um Verständnis, wenn es bei den Therapeuten zu Krankheits-/Notfallausfällen kommt. Es wird sich bemüht, solche Fälle durch Termin-/Therapeutenersatz zu vermeiden. Ich stimme zu, dass praxisrelevante Informationen & Termine unverschlüsselt per Email/Handy versandt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass alle personenbezogenen Daten und Angaben, die zur Abrechnung der Leistung des Therapeuten erforderlich sind, an das Abrechnungszentrum Optica, Marienstr. 10 in 70178 Stuttgart weitergegeben werden dürfen. Die Datenschutzrichtlinien habe ich auf der Homepage oder in der Patienteninformation gelesen und zur Kenntnis genommen. Die Praxis für Ergotherapie Anke Odenthal verfügt über Kooperationen mit Berufsfachschulen und Hochschulen. Das bedeutet, dass ein Teil der praktischen Ausbildung und ggf. Prüfungssituationen in der Praxis stattfinden. Die Auszubildenden werden von erfahrenen Therapeuten eng betreut. Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit zukünftiger Wirkung ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_