

Anmeldung

Name, Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Straße , Nr: _____
PLZ, Ort : _____
Telefon / Mobil: _____
Email: _____

Überweisender Arzt: _____
Besteht Frühförderung? Nein Ja
Name der Frühförderstelle: _____

Bitte entsprechend ankreuzen:

Ich entbinde die behandelnde Therapeutin der Praxis für Logopädie Vanessa Heinemann von der Schweigepflicht gegenüber folgender Personen (Name und Tel.) :

Mir ist bekannt, dass ich einen Termin der nicht stattfinden kann mindestens **24 Std. vorher absagen** muss. Auch ist mir bewusst, dass nicht abgesagte Termine oder kurzfristig abgesagte Termine mit einer **Ausfallgebühr** privat in Rechnung gestellt werden.

Die AGB der Praxis für Logopädie Vanessa Heinemann wurden mir ausgehändigt und ich habe diese gelesen. Ich erkläre mich mit den AGB einverstanden.

Die Informationen zum Datenschutz wurden mir ausgehändigt.

Ich bin mit einer Foto/Ton/Videodokumentation einverstanden.
Im Rahmen einer fachgerechten Therapie sind wir Therapeuten verpflichtet, den Therapieprozess sorgfältig zu dokumentieren. Daher ist es unter anderem sinnvoll, den Verlauf durch Fotos/Videos/Tonaufnahmen zu belegen. So kann objektiv der aktuelle Zustand und Therapiefortschritt festgehalten werden. Diese Aufnahmen werden der Patientenakte EDV-geschützt beigelegt und unterliegen dem Datenschutz. Sie können jederzeit eingesehen werden und werden auf Verlangen gelöscht. Es werden nur Aufnahmen nach vorheriger Absprache erstellt.

Ich erkläre mich einverstanden, dass Therapeuten der Praxis mit mir per Whatsapp oder Email in Kontakt treten. Mir ist bewusst, dass dieser Kommunikationsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt da er nicht ausreichend verschlüsselt ist.

(Datum)

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)