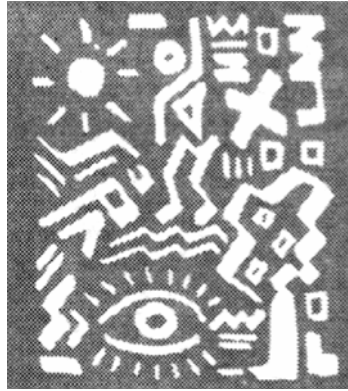


Anmeldung am: _____
Name d. Patienten: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____
Name d. Versicherten: _____
Anschrift (Straße/Nr.): _____
PLZ/Wohnort: _____
Tel.:priv. _____ berufl.: _____
Beruf: _____ Hobbys: _____



E R G O
T H E R A P I E
STEINHAUS
PÄDIATRIE-NEUROLOGIE
FRÜHFÖRDERUNG

Bobath * Castillo Morales *
Sensorische Integrations
Therapeutin Zertifikat DVE

ROSSBACHSTR 40
44369 DORTMUND
Tel. 0231-3119611
Fax 0231-3577278

Aufnahme durch: _____Therapeut/in: _____

Behandlungsbeginn am : _____

Überweisender Arzt: _____Tel.: _____Fax.: _____
Diagnose: _____

Befreit Nein Ja, Befr. - Nr.: _____

Wurde bereits einmal eine Ergotherapie oder Krankengymnastik durchgeführt?

Wenn ja, wann? _____

Bemerkungen: _____

Wichtig:

Wenn vereinbarte Termine nicht eingehalten werden können, verständige ich spätestens einen Tag vorher die Praxis. Andernfalls verpflichte ich mich, diesen Therapietermin zu den kassenüblichen bzw. vereinbarten Sätzen zu zahlen.

Um eine erfolgreiche ergotherapeutische Behandlung zu ermöglichen, bin ich mit einer Weitergabe von Untersuchungsergebnissen und Berichten an o.g. ergotherapeutische Praxis einverstanden und entbinde diese gleichzeitig von der Schweigepflicht gegenüber dem überweisenden Arzt, Therapeuten bzw. Kostenträger.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass ein Therapieverlauf evtl. Videoaufnahmen von Frau Steinhaus für lehrtherapeutische / wissenschaftliche Arbeit genutzt werden dürfen.

Ja ___ Nein ___

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten an das Abrechnungsunternehmen von Frau Steinhaus weiter gegeben werden dürfen. Ich bestätige, dass ich innerhalb der letzten 12 Wochen nicht wegen meines aktuellen Krankheitsbildes in ergotherapeutischer Behandlung war oder bin. Andernfalls werden mir die geleisteten Behandlungen privat in Rechnung gestellt.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____