

---

## ANMELDUNG

Behandelnder Therapeut: \_\_\_\_\_

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

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

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

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

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

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

Zuzahlungenbefreit (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 Rechnung gestellt.**

**Wir bitten hiermit auch um Ihr Verständnis, wenn es bei unseren Therapeuten zu Krankheits-/Notfallausfällen kommt. Wir bemühen uns jedoch solche Fälle durch Termin- /Therapeutenersatz zu vermeiden.**

**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 können. 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. Sollten Sie gegen eine Behandlung von einem Auszubildenden sein, teilen Sie dies bitte mit, damit wir es in Ihrer Akte vermerken können. Vielen Dank für Ihr Verständnis. 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: \_\_\_\_\_