

## Behandlungsvertrag

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

dieses Formular stellt einen **Behandlungsvertrag** dar. Bitte füllen Sie das Formular aus, damit wir unseren rechtlichen Verpflichtungen nachkommen können.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**1. Zahlung:** Mit meiner Unterschrift erkenne ich die obigen Behandlungskonditionen an. Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine an Werktagen **mindestens 24 Stunden** vorher - telefonisch oder persönlich abgesagt werden müssen. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat** mit pauschal **25 Euro pro Therapieeinheit von 20 Minuten in Rechnung gestellt werden**. Eine Behandlung dauert in meinem Falle in der Regel **20 Minuten, also 1 Therapieeinheit**. Meine Krankenkasse zahlt diese Kosten nicht.

Gesetzliche Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sind in voller Höhe (Rezeptgebühr in Höhe von derzeit 10,00 € pro Verordnung und 10 % der Kosten für jede in Anspruch genommene Leistung) bis spätestens zum zweiten Behandlungstermin zu entrichten. Sollte meine Krankenkasse Kosten nicht ersetzen, ohne dass dies im Verantwortungsbereich des Therapeuten liegt, trage ich diese selbst.

**2. Datenweitergabe:** Die Information zum Datenschutz (Stand 25.05.2018) im Anhang habe ich zur Kenntnis genommen.

**3. Haftung:** Die Haftung des PhysioZentrums Weissach im Tal für Sach- und Vermögensschäden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung - auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

**4. Aufklärung:** Die Mitarbeiter des PhysioZentrums Weissach im Tal haben mich zudem über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Insbesondere bin ich auf Folgendes hingewiesen worden Möglichkeit von Muskelkater an den Folgetagen der Behandlung, sowie erhöhte Schmerzintensität und Rötungen.

Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Hiermit stimme ich den Punkten 1-4 zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

## **Information zum Datenschutz**

Nach dem Datenschutzrecht (insbesondere dem BDSG und der DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung ist das PhysioZentrum Weissach im Tal

Wir erheben und verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zum Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen.

Wir sind in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden. Über die Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Verordnungsblätter (einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original), ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Wir behandeln alle Patientendaten vertraulich. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) statt. Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen, als die vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich oder über die Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

Zu der Datenweitergabe an Ärzte und Krankenversicherungen sind wir gesetzlich verpflichtet.

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist insbesondere der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO und § 22 Abs. 2 Nr. 1 b BDSG) sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).

Ihnen steht das Recht auf Auskunft, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der Verarbeitung zu. Außerdem haben Sie das Recht sich bei Rechtsverletzungen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Name, Vorname des Kindes .....

Name der Eltern / Sorgeberechtigten .....

Geburtsdatum ..... Geburtsort .....

Adresse.....

Tel.-Nr. privat ..... mobil .....

Geschwister (Name, Alter) .....

.....

Alltagsprobleme, die zur Verordnung von Ergotherapie geführt haben

.....

.....

.....

Datum .....

### **Schwangerschaft / Geburt**

1. Gab es Besonderheiten / Probleme in der Schwangerschaft? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche?.....

2. Wurde Ihr Kind früher oder später als geplant geboren? Ja 0 Nein 0

In welcher Schwangerschaftswoche? .....

Wurde es durch Kaiserschnitt entbunden? Ja 0 Nein 0

Wenn nicht, gab es Besonderheiten / Probleme bei der Geburt?

.....

3. Größe und Gewicht des Babys? .....

4. Gab es Auffälligkeiten im Verhalten des Babys (häufiges Schreien, Unruhe, ...)?

.....  
5. Hatte ihr Baby Schlafprobleme? Ja 0 Nein 0

6. Wurde Ihr Baby gestillt? Ja 0 Nein 0

Wie lange? Gab es irgendwelche Schwierigkeiten (beim Saugen, Trinkschwäche, ...)?  
.....

7. Hat ihr Baby gern gekuschelt? Ja 0 Nein 0

### Medizinische Aspekte

8. Gibt es Allergien oder chronische Erkrankungen? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche? .....

9. Liegt eine Hör - oder Sehbehinderung vor? Ja 0 Nein 0

10. Nimmt ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche? Ja 0 Nein 0

.....

11. Ist ihr Kind trocken? Ja 0 Nein 0

12. Hat ihr Kind Schlaf- oder Einschlafprobleme? Wenn ja, welche? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche? .....

### Motorik

13. Hat sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken und zurück gedreht? Ja 0 Nein 0

In welchem Alter etwa?.....

14. Ist ihr Kind gekrabbelt? Wenn ja, wann und wie lange? Ja 0 Nein 0

.....

Wenn nein, hat es sich auf andere Weise fortbewegt? Wie?

.....

15. In welchem Alter etwa konnte ihr Kind - sich selbstständig hinsetzen und frei sitzen?

.....

- frei stehen? .....

- frei laufen? .....

- Treppe steigen? .....

- Fahrrad fahren (ohne Stützräder)? .....

16. Ist ihr Kind Rechts- oder Linkshänder oder zeigt sich noch keine klare Präferenz?

.....

17. Klettert ihr Kind in die Höhe? Ja 0 Nein 0
18. Malt / schneidet / bastelt Ihr Kind gern? Ja 0 Nein 0
19. Besitzt Ihr Kind Ihrer Meinung nach eine besondere motorische Fähigkeit?  
 .....  
 .....
20. Hat ihr Kind einen auffallenden Körpertonus (schlaff, schlapp, verkrampft, kräftig, ...)?  
 .....

**Wahrnehmung**

**21. Tiefenwahrnehmung und Gleichgewicht**

- Schaukeln (gern, ungern, viel?) .....
- Drehbewegungen (gern, ungern, viel?) .....
- Springen (gern, ungern, viel?) .....
- Rutschen (gern, ungern, viel?) .....
- Stolpert ihr Kind häufig? Ja 0 Nein 0
- Fällt es häufig hin oder stößt sich an? Ja 0 Nein 0

**22. Hautsinn**

- Kuschneln (gern, ungern, viel?) .....
- Matschen (gern, ungern, viel?) .....
- Gibt es Aversionen/Abneigungen gegenüber bestimmten Materialien? Gegen welche?  
 .....

**23. Riechen / Schmecken**

- Essensvorlieben (warm, kalt, Geschmack) .....
- Essverhalten (gern, ungern, viel, wenig?) .....
- Lehnt ihr Kind Lebensmittel mit bestimmter Konsistenz ab? Ja 0 Nein 0  
 Wenn ja, welche? .....
- Ist ihr Kind geruchsempfindlich? Ja 0 Nein 0

**24. Hören**

- Toleriert Ihr Kind laute Geräusche? Ja 0 Nein 0  
 Welche bspw. nicht? .....
- Kann Ihr Kind ein Geräusch lokalisieren? (orientiertes Hören) Ja 0 Nein 0
- Reagiert Ihr Kind auf Ansprache? Ja 0 Nein 0

25. **Sprechen**

- Sprachfluß (stotternd, flüssig, schnell, verständlich ...?) .....

.....

- Verfügt Ihr Kind über einen altersentsprechenden Wortschatz? Ja 0 Nein 0

- Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? .....

.....

26. **Sehen**

- Hat Ihr Kind eine Sehhilfe? Ja 0 Nein 0

- Gibt es Ihrer Meinung nach Auffälligkeiten? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche? .....

**Emotionale Entwicklung/Spielverhalten**

27. Spielverhalten (feste/ häufig wechselnde Freundschaften, spielt lieber allein, ...?)

.....

28. Spielt Ihr Kind lieber mit älteren / jüngeren Kindern? .....

29. Kann sich Ihr Kind durchsetzen / gibt gerne nach? .....

30. Welches Spielzeug bevorzugt Ihr Kind? .....

.....

31. Spielt Ihr Kind lieber im Freien oder drinnen? .....

32. Spielt ihr Kind lieber am Boden oder am Tisch? .....

33. Wie verhält sich Ihr Kind bei

- Bewegungsspielen .....

- Rollenspielen .....

- Bau- und Konstruktionsspielen .....

34. Ist Ihr Kind in einem Sportverein (welcher, seit wann, wie oft)? Ja 0 Nein 0

.....

35. Kann ihr Kind selbständig spielen, sich alleine beschäftigen? Ja 0 Nein 0

**Selbständigkeit**

36. Inwiefern kann Ihr Kind selbständig

- essen und trinken? .....

- Körperhygiene betreiben? .....

- Kleidung anziehen / ausziehen? .....
- Tagesrituale erkennen (Zähne putzen, Fertigmachen für Schule / Kindergarten, ...)?  
.....

**Kindergarten / Schule**

37. Name und Adresse der derzeitig besuchten Einrichtung  
.....  
.....  
Name der dortige Bezugsperson .....
38. Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus? Ja 0 Nein 0
39. Gibt es bestimmte Probleme? Welche? .....
- .....  
.....  
.....
40. Welche Lieblingsfächer hat Ihr Kind? .....
41. Welche Fächer scheinen Ihrem Kind besonders schwer zu fallen? .....
- .....

**Therapieziel**

42. Wurde Ihnen eine Vorstellung bei der Ergotherapie empfohlen? Ja 0 Nein 0  
Wenn ja, von wem? .....
43. Was ist Ihr Anliegen für die Ergotherapie? Was soll sich für Ihr Kind verändern?  
Bitte versuchen Sie Ihr wichtigstes Ziel für die Therapie zu definieren.  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....