



## **Anmeldung**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Versichert durch: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen, wenn **unsichere Kommunikationswege** wie E-Mail oder WhatsApp genutzt werden dürfen:

Telefon: \_\_\_\_\_ WhatsApp

E-Mail: \_\_\_\_\_ E-Mail

Notfallkontakt: \_\_\_\_\_  
Name, Verhältnis, Telefonnummer

Privatpatient\*in:  ja  nein Beihilfe:  ja  nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  Mitglied  Angehörige Person  Rentner\*in

Zuzahlung:  ja, befreit bis \_\_\_\_\_  nein, nicht befreit

**Info Zuzahlung:** Der Eigenanteil entspricht 10 € pro Rezept zzgl. 10 % für jede in Anspruch genommene Therapiesitzung. Der Betrag wird von dem/der Leistungserbringer\*in eingezogen und bei der Vergütung der Rezepte durch die Krankenkasse abgezogen.

Ausgenommen von der Zuzahlung sind alle Versicherten bis zum 18. Geburtstag, Patient\*innen der Berufsgenossenschaft/ Unfallkassen, Privatpatient\*innen und versicherte Personen der Postbeamtenkrankenkasse (Gruppe A)

Verordnung ausgestellt durch: \_\_\_\_\_



## **Vereinbarung zum Behandlungsablauf**

**Liebe\*r Patient\*in!**

Wir begrüßen Sie in unserer Logopädischen Praxis Sprachinsel.  
Um den Therapieablauf so erfolgreich und reibungslos wie möglich zu gestalten, möchten wir Ihnen zu Beginn der Therapie folgende Regelungen mitteilen.

### **Aufsichtspflicht**

Bitte beaufsichtigen Sie Ihr Kind in den vorgesehenen Wartebereichen. Für Sie als Eltern endet Ihre Aufsichtspflicht erst, wenn die Therapie begonnen wurde. Seien Sie **rechtzeitig** vor Ende der Therapie wieder im Haus. Ihre Aufsichtspflicht beginnt wieder, sobald die Therapie beendet ist.

Das Betreten der Behandlungsräume ist ohne Anwesenheit einer Therapeutin nicht erlaubt.

Die Praxis für Logopädie übernimmt keine Haftung für die von Ihnen mitgebrachten Gegenstände und Wertsachen.

---

Unterschrift Patient\*in  
Erziehungsberechtigte Person, gesetzliche vertretende Person

### **Speicherung von Daten**

Patient\*innendaten werden zu Abrechnungs- und Verwaltungszwecken in der EDV über Optica Viva gespeichert.

Die Abrechnung der Verordnungen erfolgt über das OPTICA Abrechnungszentrum, Dr. Güldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart.

Wir bitten Sie, uns mit Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen, personenbezogenen Daten zu erteilen.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die oben stehenden Informationen zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.

---

Unterschrift Patient\*in  
Erziehungsberechtigte Person, gesetzliche vertretende Person



## **Informationen zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patient\*innen,

Uns ist der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr wichtig. Die EU-DatenschutzGrundverordnung (DSG-VO) verpflichtet uns, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten von Ihnen erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf den Datenschutz haben.

Logopädische Praxis Sprachinsel

Bramfelder Dorfplatz 17

22179 Hamburg

### **Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben. Es werden nur die Daten verarbeitet, die notwendig sind, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Praxis Sprachinsel und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Zu diesem Zweck verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere auch Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Name, Adresse, Geburtsdatum, Ihre Heilmittelverordnung, gegebenenfalls mit weiterführenden Diagnostiken, Diagnosen, Behandlungsplänen und Verlaufsdokumentationen, Therapieberichte an die überweisende Fachkraft.

Die Erhebung dieser Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Ohne die Bereitstellung der erforderlichen Daten, kann eine Behandlung nicht erfolgen.

### **Weitergabe Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfangende Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem die Krankenkassen, Ihr behandelnde Praxis oder unser Abrechnungsunternehmen sein.

Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH

Marienstrasse 10

70178 Stuttgart.

Logopädische Praxis Sprachinsel, Inh.: Katrin Hoffmann, Bramfelder Dorfplatz 17, 22179 Hamburg



Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten sprachtherapeutischen Leistungen, zur Klärung von medizinischen, sich aus der Verordnung oder Behandlung ergebenden Fragen sowie zur Klärung von sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

### **Datenspeicherung**

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur solange aufbewahrt, wie es für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben sind wir jedoch dazu verpflichtet, Ihre Gesundheitsdaten mindestens 3 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### **Ihre Rechte**

Sie haben ein Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Bei unrichtigen Daten können Sie die Berichtigung der fehlerhaften Daten verlangen.

Das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen zu.

Da die Verarbeitung Ihrer Daten auf der Basis gesetzlicher Regelungen erfolgt, benötigen wir nur in Ausnahmefällen Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben zusätzlich das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten nicht rechtmäßig erfolgt.

### **Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Rechtsgrundlage für die Aufbewahrung der vollständigen Patientenakten ist § 630f BGB.

Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam der Sprachinsel.

---

Unterschrift Patient\*in

Erziehungsberechtigte Person, gesetzlich vertretende Person

Logopädische Praxis Sprachinsel, Inh.: Katrin Hoffmann, Bramfelder Dorfplatz 17, 22179 Hamburg



## Hospitalisationserlaubnis

Name Patient\*in: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass während der Diagnostik, Therapie oder Beratung dritte Personen, z.B. Studierende oder Praktikant\*innen, zu Hospitationszwecken anwesend sind. Alle anwesenden Personen unterliegen der Schweigepflicht und wurden zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

Die Erlaubnis kann jederzeit, auch für einzelne Personen, schriftlich widerrufen werden.

Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich erhalten.

Datum, Name/Unterschrift Patient\*in bzw. gesetzlich vertretende Person

---

## Vereinbarung zum Behandlungsablauf

Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme der zu behandelnden Person ab.

Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen. Wenn Sie bzw. Ihr Kind zur vereinbarten Behandlungszeit nicht kommen können, sagen Sie bitte rechtzeitig Bescheid. Bei Behandlungen, die nicht oder weniger als **24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, sind wir leider gezwungen, die bereits vereinbarte Behandlung zum geltenden Kassensatz (**71,67 €**) in Rechnung zu stellen (§615 BGB).

---

Unterschrift Patient\*in  
Erziehungsberechtigte Person, gesetzlich vertretende Person

Einkaufsschip ausgegeben am:

---



### **Entbindung von der Schweigepflicht innerhalb der Praxis**

Patient\*in \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte Person \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die Sprachtherapeut\*innen der logopädischen Praxis Sprachinsel von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber allen Sprachtherapeut\*innen der oben genannten Praxis.

### **Zweck der Schweigepflichtentbindung**

Ohne eine Schweigepflichtentbindung kann die Vertretung der Sprachtherapeut\*innen beispielsweise bei Erkrankung oder Elternzeit der therapiierenden Person nicht problemlos an eine andere übergeben werden.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

---

Datum, Unterschrift Patienten\*in,  
Erziehungsberechtigte Person, gesetzliche vertretende Person

### **Entbindung von der Schweigepflicht extern**

Hiermit entbinde ich die Sprachtherapeut\*innen der logopädischen Praxis Sprachinsel von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber:

---

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

---

Datum, Unterschrift Patienten\*in  
Erziehungsberechtigte Person, gesetzliche vertretende Person