

Herzlich willkommen in der Ergotherapiepraxis A. Bohmann.

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen den beiliegenden Fragebogen so präzise wie möglich aus, damit wir die bestmögliche Behandlung durchführen und Sie beim Ihrer Therapieziele unterstützen können. Vielen Dank.

## Anamnesebogen Kindertherapie

### Erziehungsberechtigte/r:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Kind:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

gesetzliche KK  private KK  Beihilfe

überweis. Arzt: \_\_\_\_\_ Händigkeit: \_\_\_\_\_

Überweisungsgrund: \_\_\_\_\_

durchgeführte Test's: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

bish./laufende Therap.: \_\_\_\_\_

weitere/bisherige  
Krankheiten, OP's: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Eltern gemeinsam/  
getrennt lebend: \_\_\_\_\_

Name Kita/Schule: \_\_\_\_\_

Gruppe/Klasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Erzieher/Lehrer/in: \_\_\_\_\_

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich die Praxis A.Bohmann von der medizin. Schweigepflicht gegenüber:

anderen  
Therapeuten

der Kita/Schule

dem Förderausschuss

Videoerlaubnis:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass von der o.a. Praxis zum Zwecke der internen Befunderhebung, Funktionsanalyse, Therapieplanung und Fortbildung von mir und/oder meinem Kind Videoaufnahmen gemacht werden. Diese werden nicht veröffentlicht.

ja

nein

**AGB/Vertrag**

- 1.) Die ergotherapeutische Behandlung kann nur zum Erfolg führen, wenn Sie regelmäßig
- 2.) Als Bestellpraxis arbeiten wir nur nach Terminvereinbarung. Wir sind bemüht, alle vereinbarten Termine, auch bei Krankheit oder Urlaub des Therapeuten, zu gewährleisten und ggf. auch kurzfristig Vertretungen bzw. Ersatztermine zu organisieren.
- 3.) Sie sind verpflichtet, alle Termine wahrzunehmen, um den Therapieerfolg zu gewährleisten. Sollte dies nicht möglich sein, können die geplanten Termine bis **24 Stunden vorher** gebührenfrei abgesagt werden.
- 4.) Nicht wahrgenommene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen in Höhe des Ausfalls in Rechnung gestellt. (z.B. sensomotorisch-perzept. Behandlung DAK 38,12€). Der Ausfall ist beim Folgetermin in bar oder mit Karte zu begleichen.

\_\_\_\_\_  
Berlin, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

