

# Wie ein Fisch im Wasser



Wie ein Fisch im Wasser · Praxis für Ergotherapie  
Anja Müller-Bouß · An der Zikkurat 4 · 53894 Mechernich

---

## **Patientenaufnahmebogen, Datenschutzerklärung, Behandlungsvertrag und Vereinbarung über Zusatzleistungen Bitte unterschrieben zu Ihrem ersten / nächsten Termin mitbringen!**

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie sich für eine Behandlung in meiner Praxis entschieden haben.

Um den Organisationsablauf jetzt und in Zukunft so reibungslos wie möglich für Sie zu gestalten, bitten wir Sie die nachfolgenden Anlagen auszufüllen und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

So können Sie ihn in aller Ruhe ausfüllen und zur ersten Behandlung mitbringen.

Bei Rückfragen können Sie sich gerne telefonisch oder per E-Mail an meine Praxis wenden.

---

Mit freundlichen Grüßen

Anja Müller-Bouß & Praxisteam

**Anlagen:**

- Patienteninformation zum Datenschutz
- Patientenaufnahmebogen mit Gesundheitsfragen
- Behandlungsvertrag
- Vereinbarung über Zusatzleistungen

# Wie ein Fisch im Wasser



## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient: \_\_\_\_\_  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Wie ein Fisch im Wasser – Praxis für Ergotherapie und Osteopathische Behandlungen - Anja Müller-Bouß  
An der Zikkurat 4, 53894 Mechernich, Tel. 0176 22689201, E-Mail: wieinfischimwasser@mail.de

### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

### 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

### 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2 – 4, 40213 Düsseldorf.

### 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Ihr Praxisteam

Hiermit versichert der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten zuzustimmen und über die Datenverarbeitung und seine Rechte belehrt worden zu sein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Wie ein Fisch im Wasser



## PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie um Beantwortung der nachstehenden Fragen:

### Patientenangaben:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Straße, Hausnr:	Ort:
Telefon (privat):	Telefon (mobil):
E-Mail:	Krankenkasse:

### Befundübermittlung Hausarzt/überweisende Ärzte:

Hausarzt:	Ort:
-----------	------

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem o. g. Hausarzt bzw. dem überweisenden Arzt, Befunde übermittelt werden.

Ja       Nein

### Schweigepflichtentbindung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten:

Die Praxis Wie ein Fisch im Wasser wird gegenüber folgenden vor- und weiterbehandelnden Ärzten von der Schweigepflicht entbunden:

Praxis:	Adresse:
---------	----------

Praxis:	Adresse:
---------	----------

### Sonstiges:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z. B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ja       Nein

# Wie ein Fisch im Wasser



## Gesundheitsfragen:

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

Leiden Sie an Vorerkrankungen oder sind bereits Operationen bei Ihnen durchgeführt worden?

---

Leiden Sie, oder hatten Sie eine Infektionskrankheit, z. B. Hepatitis (Leberentzündung, Gelbsucht), HIV, usw., wenn ja, welche?

---

Haben Sie Allergien, wenn ja, welche?

---

Bescheinigung über eine COVID19-Genesung oder Impfung gegen SARS-CoV 2 :  
Ich bestätige, dass ich (bitte ankreuzen)

- COVID19-genesen bin und kann durch einen mind. 28 Tage alten PCR-Test eine Erkrankung und meine Genesung nachweisen. Die **Erkrankung ist nicht älter als 3 Monate**.
- SARS-CoV-2-geimpft bin und meine letzte Einzelimpfung, die für eine vollständige Schutzimpfung erforderlich ist, mehr als 14 Tage her ist / als Genesene\* r eine Einzelimpfung erhalten habe. **6-9 Monate nach der letzten Impfung ist eine Auffrischung-/ Booster- Impfung erforderlich! Sonst erlischt der Geimpften Status!**

Ich willige in die Datenverarbeitung durch die Praxis ein und kann die oben gemachten Einwilligungen jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen. (siehe auch Patienteninformation zum Datenschutz)

Im Falle einer Terminverhinderung bitten wir Sie, den Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls sind wir berechtigt eine Ausfallgebühr in Höhe des Therapiesatzes Ihnen privat in Rechnung zu stellen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

---

Datum

---

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

# Wie ein Fisch im Wasser



## BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen Wie ein Fisch im Wasser – Praxis für Ergotherapie und Osteopathische Behandlung Anja Müller-Bouß, An der Zikkurat 4, 53894 Mechernich

und

Herrn/Frau \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

ggf. Name des Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Telefon privat/dienstlich \_\_\_\_\_

Hausarzt / überweisender Arzt \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) / Private Krankenversicherung (Privat)

GKV: Von der gesetzlichen Zuzahlung  befreit  befreit bis \_\_\_\_\_  nicht befreit  
 Privat: Beihilfeempfänger  ja  nein

1. Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag über die Erbringung ergotherapeutischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung vom \_\_\_\_\_ und gilt auch für weitere Verordnungen.
2. Der **Erfolg** einer **Behandlung** hängt wesentlich von der **aktiven Teilnahme** der Patientin/des Patienten ab. Daher ist es **wichtig**, die vereinbarten **Termine zuverlässig** und **pünktlich wahrzunehmen**.
3. Sollten Sie einen **Termin nicht einhalten können**, sagen Sie den Termin **mindestens 24 Stunden vorher ab**, damit der Termin anderweitig belegt werden kann. Andernfalls sind wir berechtigt eine **Ausfallgebühr in Höhe des Therapiesatzes** Ihnen **privat in Rechnung zu stellen**.
4. Bitte beachten Sie, dass unsere **Aufsichtspflicht** für Ihr Kind **nur für den vereinbarten Therapiezeitraum** gültig ist.
5. Wir weisen darauf hin, dass **gebührenpflichtige Patienten** die **gesetzliche Zuzahlung** an uns zu **entrichten** haben. Von Ihnen in **Anspruch genommene Zusatzleistungen** werden Ihnen **separat in Rechnung gestellt**.  
*Für privat Versicherte Patient\*innen und für Osteopathie werden folgende Gebührensätze vereinbart:*  
*Ergoth. Einzelbeh. motorischfunktionellen Störungen 41,80€, Ergoth. Einzelbeh. sensomotorischen/perzeptiven Störungen 54,80€, Ergoth. Einzelbeh. psychischfunktionellen Störungen 72,30€, Osteopathische Behandlung 87,50€. Preisänderungen vorbehalten!*
6. Ein **Wechsel der Krankenkasse** oder **Änderungen der Kontaktdaten** müssen der **Praxis zeitnahe mitgeteilt werden**. *Der privat Versicherte macht einen möglichen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung selbst geltend.*

Mit meiner **Unterschrift** erkläre ich mein **Einverständnis**, mich an die oben genannten Vereinbarungen zu halten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)

# Wie ein Fisch im Wasser



## VEREINBARUNG ÜBER ZUSATZLEISTUNGEN

Zwischen Kunde / Patient

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

und behandelnder Praxis Wie ein Fisch im Wasser - Praxis für Ergotherapie und Osteopathische Behandlung - Anja Müller-Bouß & Therapeuten.

Der Kunde / Patient wird aufgrund der ärztlichen (Erst-)Verordnung vom \_\_\_\_\_ durch Anja Müller-Bouß & Therapeuten in der Praxis Wie ein Fisch im Wasser behandelt.

Der Kunde ist darüber informiert, dass seine gesetzliche Krankenversicherung die verordneten Leistungen als Sachleistungen gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Diese Sachleistungen werden unabhängig von der/den unten gewählten Zusatzleistung/en vertragsgemäß erbracht. Der Kunde wünscht, im Rahmen und/oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Verordnung folgende private Zusatzleistungen als individuelle Ergänzung der Verordnung zur Verbesserung des Therapieerfolgs in Anspruch zu nehmen:

Leistungen:

 Narbenpflaster	2,00 € (pro Narbe)
 Kinesio-Taping	4,00 € (pro 1 Meter)
 Wärmebehandlung	2,00 € (pro Behandlung)
 Kältebehandlung	2,00 € (pro Behandlung)
 Paraffinbad	4,50 € (pro 10 Min. Beh. – je Hand/Fuß)
 Heiße Rolle	5,00€ (pro Behandlung)
 SARS-CoV-2 Antigen Selbsttest	8,50€ (pro Test-Set)

Der Kunde wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die oben genannten Zusatzleistungen nicht von seiner Krankenversicherung erstattet werden und er selbst die oben vereinbarte Vergütung für die Zusatzleistungen in voller Höhe zu tragen hat. Gemäß § 614 BGB ist die Vergütung stets sofort fällig.

Auf ausdrücklichen Wunsch erhält der/die Patient\*in eine Kopie dieser Vereinbarung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde / Patient / Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut/in

\_\_\_\_\_  
Stempel