



Patientenbogen/Behandlungsvertrag - Kinder

STAMMDATEN

Vor- und Nachname - Kind:

Geburtsdatum:

Familienversichert bei: (Name Elternteil)

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon: (Elternteile/Erziehungsberichtigte)

Telefon: (weitere Begleitpersonen zur Therapie)

E-Mail:

Krankenkasse:

Privat versichert:

ja

nein

Von der Zuzahlung befreit:

ja, bis _____

nein

(bis zum 18. Lebensjahr sind alle befreit)

Behandelnder/Überweisender Arzt:

Grund der Vorstellung/Ärztlicher Befund/Grunderkrankung:

Mögliche Therapiezeiten:

Tagesmutter/Krippe/Kindergarten/Schule (wo, seit wann?)

Tätigkeit der Eltern:

Mutter:

Vater:

Geschwister (Name/Alter)

Waren andere Familienmitglieder bereits in logopädischer Behandlung? (Wenn ja, weshalb?)

Bisherige Therapien: (bitte ankreuzen und angeben seit wann, warum, bei wem, ggf. Berichte mitbringen)

- Physiotherapie:
- Ergotherapie:
- Logopädie:
- Frühförderung:
- Osteopathie:
- Sonstiges:

ENTWICKLUNG

Schwangerschaftsverlauf (Besonderheiten, Blutungen, Infektionen, Medikamente, Unfälle, Rauchen ...)

Verlauf der Geburt (Komplikationen, Frühgeburt, Zangengeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Einleitung ...)

Neugeborenenzeit (Krankheiten, Allergien, KISS?, Blockaden?, Lieblingsseite? ...)

Stillen:

ja Dauer: Wurden Stillhütchen benutzt? Wenn ja, warum und wie lange?

nein, weil (zu wenig Milch, Schreikind, saugschwach...):

zugefüttert, ab wann: warum? (zu wenig Milch, keine Saugkraft...):

womit? (Flasche/Löffel/Becher, welche Nahrung/abgepumpt?):

Beikost-Beginn ab (Alter):

mit: Brei
 Familienkost, Fingerfood (BabyLedWeaning)
 Sonstiges:

Derzeitiges Ess- und Trinkverhalten

Essen selbstständig nur mit Hilfe

bevorzugte Speisen:

Essverhalten (schmatzen, kaut schnell/langsam, mit offenem Mund etc.):

Auffälligkeiten (würgen, ausspucken, isst sehr wenig/sehr viel, nur Süßigkeiten, nur weiche/feste Kost etc.):

Orale Habits

Mein Kind benutzt/benutzte Folgendes (bitte ankreuzen und ergänzen, wie lange und wann es genutzt wurde):

- Schnuller/Nuckel:
- Flasche/Sauger:
- Finger/Daumen lutschen:
- Nägel kauen:
- Sonstiges (Schnuffeltuch, Decke etc.):

Bestehen sonstige Diagnosen? (z.B. Teilleistungsschwäche, LRS, Dyskalkulie, AD(H)S...)

HNO – STATUS

Oft erkältet: o ja o nein
Viel Speichel : o ja o nein
Paukenröhrchen: o ja o nein
Mittelohrentzündung: o häufig o gar nicht o mal gehabt
Hörvermögen: o gut o eingeschränkt **o letzter Hörtest:**
Nase: o oft Schnupfen o keine Probleme
Polypen: o entfernt, wann:
Mandeln: o entfernt/verkleinert, wann:
Mundatmung: o ja (tags?/nachts?) o nein
Zungenbändchen: o unauffällig/nicht geprüft o verkürzt o durchtrennt, wann:
Lippenbändchen: o unauffällig/nicht geprüft o verkürzt o durchtrennt, wann:
Zahnstatus/Zahn-Kieferstellung: (Karies, Kronen, Zahnspange, Überbiss...)

Name des behandelnden Zahnarztes:

Name des behandelnden Kieferorthopäden:

Würgt ihr Kind beim Zähneputzen? o ja o nein

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten:

Nimmt ihr Kind seine sprachlichen Auffälligkeiten selbst wahr?

o ja o nein

Bekommen andere Menschen die sprachlichen Auffälligkeiten ihres Kindes mit?

o ja o nein

Welche Erwartungen haben Sie an die logopädische Behandlung?

Was müssen wir sonst noch über Ihr Kind wissen? (Charakter, kommt allein mit dem Bus, darf kein Tablet nutzen, hat Angst vor Fröschen)

Wie wurden Sie auf die Logopädische Praxis Wernicke aufmerksam?

Empfehlungen von (Bitte Namen einfügen):

O Bekannte/Verwandte/Freunde: _____

O Arzt/Zahnarzt/Kieferorthopädie/SPZ: _____

O Kindergarten/Schule: _____

Internet:

O Google O Facebook O Arzt- oder Gesundheitsportale, welche:

O Sonstiges: _____

O Telefonbuch

O durch Werbung/Zeitschriften/Flyer/Visitenkarten

O durch Sonstiges: (bitte ergänzen)

ORGANISATORISCHES/BEHANDLUNGSVERTRAG

1. Hiermit entbinde ich die Logopädische Praxis Wernicke von der Schweigepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt, Kindergärten, Schulen, Angehörigen sowie Berufsangehörigen medizinischer und psychologischer Fachberufe, die zur Förderung der Behandlung beitragen.
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 bitte mindestens 24 Stunden vorher ab, damit der Termin anderweitig belegt werden kann. Andernfalls sind wir berechtigt eine Ausfallgebühr in Höhe des aktuellen Kassensatzes in Rechnung zu stellen.
4. Die Aufsichtspflicht der Logopädischen Praxis Wernicke besteht ausschließlich während der Therapie. Vor und nach der Therapie sind die Erziehungsberechtigten bzw. Begleitpersonen aufsichtspflichtig.
5. Wir weisen darauf hin, dass gebührenpflichtige Patient*Innen die gesetzliche Zuzahlung an uns zu entrichten haben.
6. Ein Wechsel der Krankenkasse oder Änderungen der Kontaktdaten müssen der Praxis zeitnahe mitgeteilt werden.

7. (Bitte ankreuzen, wenn zutreffend) Hiermit erkläre ich, dass ich die Übermittlung personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde) durch die Logopädische Praxis Wernicke über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche:

WhatsApp

E-Mail

Sonstiges:

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

8. (Bitte ankreuzen, wenn zutreffend) Ich stimme der Teletherapie zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit mündlich, schriftlich oder auf elektronischem Weg widerrufen.

Zustimmung zur Teletherapie: Die Logopädische Therapie kann als telemedizinische Leistung durchgeführt werden. Eine Datenspeicherung erfolgt nicht, die Vorgaben der DSGVO werden eingehalten. Die Bestätigung der durchgeführten Therapie erfolgt per E-Mail an info@logo-wernicke.de.

Über die Vor- und Nachteile einer Teletherapie bin ich unterrichtet worden. Diese habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden. Die Nutzung von **WebPrax** als Softwareanbieter ist technische Voraussetzung für den Erhalt einer Teletherapie.

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

Ort, Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen ges. Vertreter)