

ICH HEIßE SIE HERZLICH BEI INTERPASSUS WILLKOMMEN

Anmeldebogen bei Interpassus

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Anrede: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ihre E-Mailadresse: _____

Telefon privat: _____

Welche Bereiche bei Interpassus interessieren sie am meisten:

(bitte ankreuzen, mehrere Antworten sind möglich)

Berufliche Orientierung (BO)	Bereich des Selbstbildes	Handwerk	Darstellende Medien
<p>Modulgrundlagen</p> <p><input type="checkbox"/> M1: Erste Zielformulierung (bei der Aufnahme)</p> <p><input type="checkbox"/> M2+3: BHP Behandlungsplanung Befunderhebung und Behandlungsplanung, Zielformulierung, Erstellung einer Zieltreppe und -überprüfung im Einzeltherapie, ICF-Modellblatt</p> <p>Zielüberprüfung der Beh.planung nach 6-8 Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> Gruppenvorbereitung</p> <p><input type="checkbox"/> Ressourcenmobilisierung</p> <p><input type="checkbox"/> Tages- und Wochenstrukturierung</p> <p><input type="checkbox"/> Soziale Kompetenzen/ Interaktionelle Übungen</p> <p><input type="checkbox"/> BO: Rahmenbedingungen BO</p> <p><input type="checkbox"/> Lernen Lernen Analyse des Lerntyps/ Strategien Externes Büro: Lernen strukturieren, Recherche</p> <p><input type="checkbox"/> Anbahnung an Gruppe/ Kontinuitätstraining/ Voraussetzungen setzen für stabile Teilnahme/ TdA/ UKK</p>	<p>M4: TdA</p> <p><input type="checkbox"/> Achtsamkeit/MKT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Techniken und Strategien <input type="radio"/> Sensi <input type="radio"/> themenzentriert <p><input type="checkbox"/> Tanztherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> übungszentriert <input type="radio"/> themenzentriert <p><input type="checkbox"/> Umgang mit AD(H)S im Erwachsenenalter</p> <p><input type="checkbox"/> MKT= Metakognitives Training Angst, Panik</p> <p><input type="checkbox"/> Entspannung: Mix (Traumreise, Atemübung, sensorische Wahrnehmung usw.)</p> <p><input type="checkbox"/> Entspannung: aktiv (PMR, Neutrale Position, Körper)</p> <p><input type="checkbox"/> MKT/Raus aus dem Grübeln/ Depression</p> <p><input type="checkbox"/> MKT/Emotionsregulation</p> <p><input type="checkbox"/> Bewegung und Entspannung</p> <p><input type="checkbox"/> Bewegung und Koordination, Körperkraft und Körperspannung</p> <p><input type="checkbox"/> Atemtechnik und Meditation</p> <p><input type="checkbox"/> QiGong</p> <p><input type="checkbox"/> Umgang mit den eigenen Emotionen (z.B. unterdrückter Wut)</p> <p><input type="checkbox"/> Lebe dein Leben gut Reflexionsprozess zur Gesundheitsförderung</p> <p style="font-size: x-small;">*Über ein selbstgemachtes Foto, was ihnen wichtig ist, werden mit Hilfe von Hilfsfragen 4 Dimensionen besprochen: Aktivitätsmuster, Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden, Persönliche und gesellschaftliche Kräfte.</p>	<p>M4: TdA</p> <p><input type="checkbox"/> Siebdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Kreativwerkstatt</p> <p style="color: green; font-size: small;">kann auch laut sein</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Holzhandarbeiten <input type="radio"/> Handwerk <input type="radio"/> Papier <input type="radio"/> Ton <input type="radio"/> Stein <input type="radio"/> Farbe <p><input type="checkbox"/> offenes Atelier</p> <p style="color: green; font-size: small;">Konzentriertes/ ruhiges Arbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> eigene Projekte <input type="radio"/> mit Themen durch ET/GR <input type="radio"/> freies kreatives Arbeiten <p><input type="checkbox"/> Freie Malerei</p> <p><input type="checkbox"/> Textile Gestaltung</p> <p><input type="checkbox"/> Werken / Kreativ AT</p> <p><input type="checkbox"/> Audio-Projekt/ AT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Herstellen eines eigenen, Audio-Tracks/ eigener Musik/Podcast Arbeits- und Handlungsschritte kennen lernen und eigene Rollen in Arbeitsvorhaben 	<p>M4: TdA</p> <p><input type="checkbox"/> Improvisation</p> <p><input type="checkbox"/> Körpergefühl-Techniken</p> <p><input type="checkbox"/> Kommunikations-Training:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Smalltalk <input type="radio"/> Körpersprache und Techniken <input type="radio"/> Freies Sprechen <input type="radio"/> Singen/ Stimmübungen <p><input type="checkbox"/> Konflikt- und Kommunikationstraining</p> <p><input type="checkbox"/> Musik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Keyboard <input type="radio"/> Gitarre <input type="radio"/> Gesang <input type="radio"/> Gemischt <input type="radio"/> Jam-Session <input type="radio"/> Audioprojekt <p><input type="checkbox"/> Kreatives Schreiben</p> <p><input type="checkbox"/> Realitäts-/ Rollenspiel</p> <p style="color: green; font-size: small;">M6: BO</p> <p><input type="checkbox"/> Achtsamkeit/BO Vorbereitung</p> <p><input type="checkbox"/> Talentsuche</p> <p><input type="checkbox"/> Bewerbungstraining</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Bewerbung schreiben <input type="radio"/> Bewerbungsgespräch üben im Rollenspiel <input type="radio"/> Recherche <p><input type="checkbox"/> Jobcoaching im Rahmen der Ergotherapie</p>

Bitte Rückseite beachten und ausfüllen- DANKE-

Ihre Ziele/ Wünsche an die Ergotherapie/ Schwerpunkte. Z.B. Tagesstruktur verbessern, Interaktion mit Menschen fördern, Selbstvertrauen stärken, Vorbereitung auf ein Berufsleben, usw.:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Z.B. Arzt, Träger, Psychologe, usw.):

(Voraussichtlich) Überweisender Arzt: _____

Privat versichert: ja nein

Krankenkasse: _____

Zuzahlungen: nicht befreit befreit (bitte legen Sie uns in diesem Fall die Befreiungsbescheinigung am Empfang vor)
Wünschen sie Infos zur Zuzahlungsbefreiung ja nein

In unserer Praxis bleiben Ihnen Wartezeiten erspart!

Sie erhalten von Beginn an feste und gemeinsam vereinbarte Termine. Dabei wird insbesondere auf gleichbleibende Zeiten/ Termine geachtet, um Ihre Terminplanung zu erleichtern.

Kurzfristige Therapieausfälle und die damit entstehenden Lücken, lassen sich deshalb nicht durch andere Patienten ausgleichen.

Ich bitte daher um Ihr Verständnis, dass versäumte Termine, die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, Ihnen in Rechnung gestellt werden müssen.

Sollten Sie also durch Krankheit oder wichtige Gründe an der Wahrnehmung der Therapie gehindert werden, sagen Sie mir rechtzeitig Bescheid.

Kontinuierliche Behandlung ist ein Meilenstein Ihres Erfolges!

Um Ihnen den größtmöglichen Therapieerfolg zu gewährleisten, ist dazu eine regelmäßige und kontinuierliche Behandlung unbedingt notwendig! Bei einmaliger Behandlung pro Woche verschiebt sich bei einem einzigen Ausfall bereits das Intervall auf zwei Wochen. Durch wiederholte Therapielücken wird der Behandlungserfolg gefährdet.

Zu guter Letzt: Bitten lassen Sie mich sämtliche Anregungen und Kritik aller Art wissen! Kommen Sie doch einfach ohne große zeitliche Verzögerung bei Unstimmigkeiten auf mich zu. Wir werden gemeinsam eine Lösung finden!

Wir freuen uns auf unsere gemeinsame Zusammenarbeit!

Schweigepflichtentbindung:

Für den bestmöglichen Therapieerfolg ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Arzt und den behandelnden Therapeuten notwendig. Ich bin daher einverstanden, dass personenbezogene Angaben, ausschließlich zu diesem Zwecke, an die obig benannten Gruppen weitergegeben werden. Die Vergütung & Abrechnung der Verordnung erfolgt über ein akkreditiertes Abrechnungszentrum. Die dazu notwendigen Daten werden ausschließlich zu Abrechnungszwecken verwendet und nicht an unbefugte Dritte weitergereicht.

Datum: _____

Unterschrift: _____