

WILLKOMMEN BEI INTERPASSUS

1. BITTE KREUZEN SIE AUF DER RÜCKSEITE ALLE ANGEBOTE AN, DIE FÜR SIE BEI INTERPASSUS ANHAND IHRER ZIELE INTERESSANT SEIN KÖNNTEN



2. BITTE GEBEN SIE EINIGE ZIELE FÜR DIE ERGOTHERAPIE AN:

Ihre Ziele/ Wünsche an die Ergotherapie/ Schwerpunkte.

Z.B. Tagesstruktur verbessern, Interaktion mit Menschen fördern, Selbstvertrauen stärken, Vorbereitung auf ein Berufsleben, usw.:

Kurz zum Behandlungshintergrund und Grundlagen der Verordnungsmenge:

- ✦ Aufgrund der im Rahmenvertrag vorgesehenen Verordnungsmenge (meist 40 Einheiten) und unserer internen Behandlungsplanung und -struktur, nehmen Sie voraussichtlich an
 - 3 Modulen á 10 Einheiten (=30 EH) auf der Handlungs- und Durchführungsebene teil.
 - Zusätzlich sind in der Regel 10 Einzeltherapien geplant (1. Termin Aufnahmegespräch+ Zielformulierung, 2.-3. Behandlungsplanung, Differenzierung der Ziele und erstellen des FP (Fahrplanes/Behandlungsplanes). Ebenso zur Evaluation der Therapieergebnisse (ggf. Bericht schreiben) und ggf. eines Abschlussgespräches.
 - Ausnahme: Sie wünschen ausschließlich an Einzeltherapie teilzunehmen, dies ist selbstverständlich möglich.
 - Bei einer durchschnittlichen Teilnahme 2x wöchentlich, ist somit eine Behandlungsdauer von max. 5 Monaten vorgesehen. Nach einer von der Krankenkassen geforderten Unterbrechungszeit, ist die Weiterführung der ergotherapeutischen Behandlung jederzeit möglich, falls dies für Sie zielführend und gewünscht ist.

3. IHRE PRIORISIERUNG DER ANGEBOTE (von der Rückseite):

Bitte suchen Sie sich 3 Angebote aus, benennen Sie dabei, das für Sie und die Erreichung Ihrer Ziele relevanteste zuerst: (z.B. 1.BO, 2.Achtsamkeit, 3.Rollenspiel)

1. _____

2. _____

3. _____

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Angebotsübersicht

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> M1: Aufnahmegespräch+ Funktionsanalyse <input type="checkbox"/> M2: Fahrplan bei IP <hr/> <input type="checkbox"/> M2-3: Behandlungsplanung <input type="checkbox"/> ET- Befunderhebung <input type="checkbox"/> Zieltreppe <input type="checkbox"/> ICF-Modellblatt <input type="checkbox"/> Anbahnung an Gruppe <input type="checkbox"/> Kontinuitätstraining <input type="checkbox"/> Tages- und Wochenstrukturierung <input type="checkbox"/> GTD <input type="checkbox"/> Lernen Lernen <input type="checkbox"/> Orientierung in Zeit und Raum <input type="checkbox"/> praktisches Ernährungsatelier ADL <input type="checkbox"/> MKT: Konzentrationstraining 	<ul style="list-style-type: none"> M4: Darstellende Medien <input type="checkbox"/> Improvisation <input type="checkbox"/> Realitäts-/ Rollenspiel <input type="checkbox"/> Kommunikationstraining <input type="checkbox"/> K.I.R. <input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Kreatives Schreiben <hr/> M6: BO Berufliche Orientierung <input type="checkbox"/> BOA (Achtsamkeit) <input type="checkbox"/> BOR (Rahmenbedingungen) <input type="checkbox"/> Jobcoaching/ BO Recherche <input type="checkbox"/> Bewerbungstraining <input type="checkbox"/> Angstbewältigung im Berufsleben <input type="checkbox"/> Vortrags- u. Präsentationstraining 	<ul style="list-style-type: none"> M4: Bereich des Selbstbildes <input type="checkbox"/> Quo Vadis <input type="checkbox"/> Resilienz <input type="checkbox"/> Atemtechnik und Meditation, Nervus Vagus <input type="checkbox"/> Entspannung und Achtsamkeit <input type="checkbox"/> Ressourcenmobilisierung <input type="checkbox"/> ACT (MKT) <input type="checkbox"/> MKT Zwang <input type="checkbox"/> MKT Achtsamkeit <input type="checkbox"/> MKT/Raus aus dem Grübeln <input type="checkbox"/> MKT Angst, Panik <input type="checkbox"/> Umgang mit AD(H)S im Erwachsenenalter <input type="checkbox"/> Selbstliebe <input type="checkbox"/> MKT Emotionsregulation + Bewegung in Aktion <input type="checkbox"/> Bewegung und Entspannung: aktiv <input type="checkbox"/> Free Motion <input type="checkbox"/> Work-Life-Balance <input type="checkbox"/> SFS = Selbstfürsorge <input type="checkbox"/> Tanztherapie <input type="checkbox"/> Entspannung Mix <input type="checkbox"/> Lebe Dein Leben gut 	<ul style="list-style-type: none"> M4: Handwerk <input type="checkbox"/> Holzwerkstatt <input type="checkbox"/> Drucktechniken (Siebdruck) M4: Kreativ/ HW/ OA <input type="checkbox"/> Kreativwerkstatt <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Ton <input type="checkbox"/> Stein <input type="checkbox"/> Korb <input type="checkbox"/> Kreativ Anbahnung an Gruppe E/ PB <input type="checkbox"/> offenes Atelier/ freie Malerei <input type="checkbox"/> Innenwelten/ Außenwelten kreativ <input type="checkbox"/> Interaktionelle Kreativwerkstatt <hr/> M4: Visuelle Medien <input type="checkbox"/> Fotografie
<ul style="list-style-type: none"> M4: Psychomotorik ET in der Praxis: <input type="checkbox"/> Sinneslaboratorium <input type="checkbox"/> Hochsensibilität <input type="checkbox"/> Körperbild <input type="checkbox"/> Enge Interaktionen mit sich in Berührung kommen 	<ul style="list-style-type: none"> M4: Digitale Medien <input type="checkbox"/> Audio-Projekt/ AT <input type="checkbox"/> Bildbearbeitung, Grafik und Typographie 		

Kulanz:

Beschreibung siehe Klient:inneninfo, für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine.
 Absagen über absage@interpassus.de und einen Termin wählen: Mo-Fr 12.25-12.45 Uhr
 Welchen möchten Sie nutzen?: _____

WIR HEIßEN SIE HERZLICH BEI INTERPASSUS WILLKOMMEN

Anmeldebogen bei Interpassus

Name: _____ Vorname: _____ m/w/d: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ihre E-Mailadresse: _____

Telefon privat: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (z.B. Ärzt:innen, Träger, Psychotherapeut:innen, usw.): **Empfehlung durch:**

Ggf. begleitende Person (Name): _____

(Voraussichtlich) Überweisende/r Ärztin/Arzt: _____

Privat versichert: ja nein **Krankenkasse:** _____

Zuzahlungen: nicht befreit befreit (bitte legen Sie uns in diesem Fall die Befreiungsbescheinigung am Empfang vor)

Wünschen sie Informationen zur Zuzahlungsbefreiung? ja nein

Liegt für die automatische Terminerinnerung eine Mailadresse von Ihnen schon vor?

Ja, dennoch möchte ich über meine Termine informiert werden und gebe sie hier nochmal an

nein, ich möchte dies nicht. Mir ist bewusst, dass ich dann nicht erinnert werden kann

weiß nicht, aber ich möchte gerne erinnert werden, meine E-Mail lautet _____

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 Klient:innen ausgleichen.

Wir bitten 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 uns 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 also gefährdet.

Zu guter Letzt: Bitten lassen Sie uns sämtliche Anregungen und Kritik aller Art wissen!

Kommen Sie doch einfach ohne große zeitliche Verzögerung bei Unstimmigkeiten auf uns 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 Ärzt:innen und den behandelnden Therapeut:innen 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: _____

Klient:inneninformation zum Datenschutz

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzt:innen erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen, 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.

2. Empfänger ihrer Daten

Wir übermitteln ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammer 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.

3. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange 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 (z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung).

4. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berechtigung 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 regelmäßig erfolgt.

5. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. II lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Der sicherere Umgang mit Ihren Daten ist uns wichtig, daher eine Info/Bitte:

Bitte laden Sie sich Signal (Messenger App) auf Ihr Handy, falls sie Sprachnachrichten hinterlassen oder Nachrichten schreiben möchten, wir verzichten auf die Kommunikation mit Whatsapp/SMS aus Datenschutzgründen.

Falls Sie dies nicht wünschen, halten wir sie an, uns über empfang@interpassus.de Ihr Anliegen zu schreiben, in der Orgzeit vor der Gruppe dies mit dem/der zuständigen Ergotherapeut:in zu besprechen oder uns anzurufen. Danke!

Zur Kenntnis genommen

Vorname, Nachname (in Druckbuchstaben)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank fürs Ausfüllen!