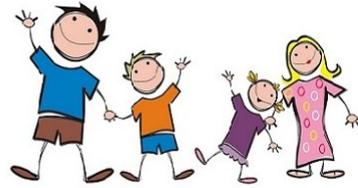


Wundersam-Wirkend
Familien und Erziehungsberatung
Andrea Berghaus



Schweigepflichtentbindung

Liebe Patienten,

Bitte nehmen Sie folgende Punkte zur Kenntnis:

1. Die Praxis für Lerntherapie Andrea Berghaus, wird als reine Bestellpraxis geführt, das heißt, die gemeinsam vereinbarten Termine werden langfristig (ohne vertragliche Laufzeitbindung) eingeplant und für Sie bzw. Ihr Kind freigehalten.

Für den Fall, dass ein Termin ausnahmsweise nicht wahrgenommen werden kann, ist es erforderlich, dass dieser mindestens 24 Stunden im Voraus abgesagt wird. Bitte nutzen Sie dazu die oben genannte Telefonnummer oder "WhatsApp".

Ich kann, bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen, keine anderen Patienten behandeln. Daher können nicht abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden.

2. Zu einem geregelten Therapieablauf gehört der fachliche Austausch mit anderem Fachpersonal wie Ärzten, Lehrern, Erziehern oder Therapeuten. Darüber hinaus kann es für den Therapieerfolg hilfreich sein, nach Absprache mit den Erziehungsberechtigten, Videoaufzeichnungen der Therapiestunde vorzunehmen.

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die Notwendigkeit der oben erwähnten Ausführungen an und erklären sich damit einverstanden.

Vielen Dank!

Wundersam-Wirkend
Familien und Erziehungsberatung
Andrea Berghaus



Zur Durchführung der Therapie entbinde ich Erziehungsberechtigte/r

Name, Vorname:

Adresse:

Name des Kindes:

Die nachstehenden Personen (z. B. Ärzte, Lehrer, Therapeuten)

von ihrer Schweigepflicht gegenüber der nachstehenden Personen und Praxis

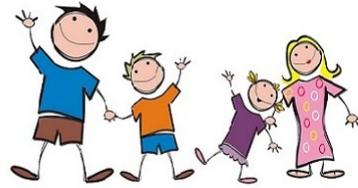
Familienatelier
Andrea Berghaus
Frielinghausen 35
51789 Lindlar

Die Schweigepflichtentbindung ist widerruflich und erlischt spätestens zum Ende der
Therapieserie.

Ort, Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

_____ den _____

Wundersam-Wirkend
Familien und Erziehungsberatung
Andrea Berghaus



Anmeldung

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus.

Sie erleichtern mir damit die Arbeit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name und Vorname der Eltern:

Straße / Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon privat / dienstlich:

Kinderarzt, behandelnder Arzt/Klinik:

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden.

_____|_____|_____ (Datum)

_____ (Unterschrift)