

Behandlungsvertrag

Zwischen dem Patient /Erziehungsberechtigten:

Name
Anschrift
Telefonnummer
Email

Und der Anwenderin der Mototherapie nach Kesper:

Janine Sonnenberg
Bergstraße 23
35689 Dillenburg-Eibach

Die **Diagnostik** beinhaltet das Protokollieren und eine vollständige Untersuchung der Grob-, Fein-, und Graphomotorik, angeborenen Fremdreflexen, Wirbelsäulenblockaden, zentralen Seh- und Hörverarbeitung und der Sinneswahrnehmung und ebenso das Protokollieren der Vorgeschichte und Vorerkrankungen des Kindes. Des weiteren werden bereits häusliche Übungen für das Kind angeleitet.

In der **Therapiestunde** werden Reflexe und Blockaden erneut überprüft. Diese Ergebnisse werden protokolliert. Es werden Veränderungen abgefragt und eventuell neue häusliche Übungen angeleitet. Dies wird schriftlich festgehalten.

Die Therapie ist keine Kassenleistung, daher erklärt sich der Patient bzw der Erziehungsberechtigte bereit, die ihm/ihnen bekannten Kosten in voller Höhe entweder in bar oder innerhalb von 14 Tagen auf das bekannte Konto zu überweisen.

Informationen zur Datenverarbeitung Motodiagnostik- und therapie

Patientenstammdaten:

In der o. g. Therapie werden von Frau Sonnenberg Patientenstammdaten wie Name, Adresse, Telefon- und Handynummer und Emailadresse ebenso das Geburtsdatum und Vorerkrankungen und Vorgeschichte des Kindes erfasst und gespeichert. Diese werden zur Aktenanlage, Abrechnung, Kontaktaufnahme und in einem möglichen Versicherungsfall benötigt. Ein sinnvoller Therapieverlauf ist so ermöglicht. Es hat kein Fremder Zugriff auf die o. g. Daten. Nach Beendigung des Patientenverhältnisses werden die Patientenstammdaten gelöscht.

Schnelle Absagen, Terminabsprachen etc seitens des Kunden oder Frau Sonnenberg können auch über Whatsapp erfolgen. Nach Beendigung des Patientenverhältnisses wird die Handynummer von Frau Sonnenberg gelöscht.

Der Patient/der Erziehungsberechtigte erklärt hiermit die Vertragsbedingungen und die Informationen zum Datenschutz gelesen und verstanden zu haben. Mit Folgendem erklärt er sich einverstanden oder nicht einverstanden:
(bitte ankreuzen)

- Ich bin einverstanden, dass Frau Sonnenberg meine **Patientenstammdaten inkl Geburtsdatum und Handynummer** erfasst und für die Dauer des Kundenverhältnisses speichert.
- Ich bin **nicht** einverstanden, dass Frau Sonnenberg meine **Patientenstammdaten inkl Geburtsdatum und Handynummer** erfasst und für die Dauer des Kundenverhältnisses speichert.
- Ich bin einverstanden, dass Frau Sonnenberg für einen sinnvollen Therapieverlauf **Vorerkrankungen und Vorgesichte meines Kindes** erfasst und speichert.
- Ich bin **nicht** einverstanden, dass Frau Sonnenberg für einen sinnvollen Therapieverlauf **Vorerkrankungen und Vorgesichte** meines Kindes erfasst und speichert.
- Ich bin einverstanden, dass Terminabsprachen etc. über **Whatsapp** erfolgen kann.
- Ich bin **nicht** einverstanden, dass Frau Sonnenberg mich über **Whatsapp** kontaktiert.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter und Anwenderin