**Stammdaten und mehr!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum**: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.  Mitarbeiter/in:  Wählen Sie ein Element aus. | **Mitarbeiter\*in**: Wählen Sie ein Element aus. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klient\*in** | | | |  | | |
| **Name, Vorname** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Geburtsdatum** | | | | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | | |
| **Straße, Hausnummer** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **PLZ, Ort** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Handynummer** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **E-Mail** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Diagnose/n** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **KiTa** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Erzieher\*in** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Schule:** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Lehrer\*in** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Zuständiges Amt** | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | |
| **Mitarbeiter\*in Amt** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Arzt\*in** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Arzt\*in** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Therapeut\*in** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Therapeut\*in** | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Bericht(e)**  liege(n) uns vor.  liegen den Eltern vor. | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Elternteil 1** Mutter | | | | | | |
| Name, Vorname | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Handynummer | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| E-Mail | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Elternteil 2** Vater | | | |  | | |
| Name, Vorname | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Handynummer | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| E-Mail | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Schweigepflichtsentbindung** | | | | | | |
| Hiermit entbinde ich die MitarbeiterInnen der Heilpädagogischen Praxis von der **Schweigepflicht** mit den u.a. Personen / Institutionen. Mit meiner Unterschrift entbinde ich diese ebenfalls von der Schweigepflicht gegenüber den MitarbeiterInnen der Heilpädagogischen Praxis. Ich kann diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit widerrufen. | | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | |
| Datum Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. Unterschrift: | | | | | | |
| **Ausfälle** | | | | | | |
| **Bitte beachten Sie**: Sollte Ihr Kind / Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab, damit wir den Termin anderweitig vergeben können und Ihnen die Therapieeinheit nicht in Rechnung stellen müssen.  **Ferien:** Auch Ferienzeit ist Entwicklungszeit – die Therapien laufen natürlich auch in den Ferien weiter. Sofern Sie keine besonderen Ferientermine vereinbaren, gelten die üblichen Therapietermine. Bei längeren Unterbrechungen können wir den Therapieplatz ggf. nicht freihalten. | | | | | | |
| Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. Unterschrift: | | | | | | |
| **Notizen** | | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | |
| **Information und Einverständniserklärung zur Datennutzung für Klienten und Erziehungsberechtigte** | | | | | | |
| Wir sind eine durch den BHP zertifizierte heilpädagogische Einrichtung mit dem Standort in Dormagen. Wir arbeiten in den Bereichen Frühförderung, Autismustherapie, Lerntherapie, Marte Meo und Inklusionsassistenz.  Für uns bedeutet die Arbeit mit Ihnen oder Ihrem/n Kind/ern grundsätzlich einen vertrauensvollen Umgang mit persönlichen Informationen. Durch die Einführung der DSGVO 2018 bemühen wir uns um einen noch transparenteren Umgang mit dem Thema Datenschutz. Dieser soll Ihnen noch einfacher die Möglichkeit geben, Ihre eigenen Daten und deren Verarbeitung unkompliziert zu überschauen und zu beeinflussen. Vielen Dank, dass Sie sich gemeinsam mit uns für Ihren Datenschutz einsetzen wollen. | | | | | | |
| **Welche Daten werden gespeichert, verarbeitet oder ggf. weitergeleitet?** | | | | | | |
| * + Persönliche Klientendaten (z.B.: Namen, Adressen, Telefonnummern, E-Mailadressen, Geburtsdatum, Kontaktinformationen der Erziehungsberechtigten)   + Diagnosen   + Berichte   + Persönliche Klientendaten und Informationen zu besonderen Maßnahmen (Ausflüge, Anträge zur Bewilligung und Weiterbewilligung)   + Fotos und Filme   àDiese Speicherung und Verarbeitung von Daten dient zur kollegialen Beratung, zur Gestaltung eines Therapieprozesses und zum Austausch mit dem Kostenträger, welche wir Ihnen und Euch transparent darstellen. | | | | | | |
| **Kommunikation per WhatsApp** | | | | | | |
| Ja! | Nein! | | Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | | Unterschrift: |  |
| **Fotos für die Homepage** | | | | | | |
| Ja! | Nein! | Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | | | Unterschrift: |  |
| **Absprachen** | | | | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | | | | |
| Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. | | | | | | |
| Unterschrift Erziehungsberichtigte\*r Unterschrift HP Praxis | | | | | | |