



## Honorarvertrag - Ergotherapie

Versicherter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr.....

Für ergotherapeutische Leistungen nach ärztlicher Verordnung wird folgender Vergütungssatz vereinbart:

<b><u>Ergotherapie mit</u></b> _____	<b><u>Einzelpreis</u></b>
<input type="checkbox"/> Craniosakralem Schwerpunkt (30 - 45 Min.)	94,99 €
<input type="checkbox"/> Craniosakralem Schwerpunkt (45 - 60 Min.)	126,65 €
<input type="checkbox"/> Craniosakralem Schwerpunkt (60 - 75 Min.)	158,31 €
<input type="checkbox"/> Craniosakralem Schwerpunkt (90 Minuten)	249,90 €
<input type="checkbox"/> Hausbesuchspauschale	45,97 €
<input type="checkbox"/> Kilometergeld pro Kilometer	0,90 €
<input type="checkbox"/> Beratungsgespräch	158,31 €

Preise entsprechen dem **1,8-fachen aktuellen Vdek-Satz (Verband der Ersatzkassen e.V.)**. Die vereinbarte Vergütung ist auch dann in voller Höhe zu entrichten, wenn Krankenversicherungen, Besoldungsämter (Beihilfe) usw. die Vergütungssätze nicht oder nicht in voller Höhe erstatten.

Mit der Unterzeichnung des Honorarvertrages willige ich ein, die auf der Homepage veröffentlichten Datenschutzrichtlinien gelesen und akzeptiert habe. Ich nehme davon Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

**Weitere Informationen entnehme ich der beigelegten Patienteninformation.**

Ort / Datum

Patient / gesetzlicher Vertreter

Ort / Datum

Firmenstempel/Unterschrift

(bitte legen sie eine unterschriebene Kopie des Honorarvertrages ihrer Rechnung bei)