



Behandlungsvertrag - Ergotherapie

Versicherte Person: _____

Adresse: _____

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

Für ergotherapeutische Leistungen nach ärztlicher Verordnung wird folgender Vergütungssatz vereinbart:

<u>Ergotherapie</u>	<u>Einzelpreis</u>
<input type="checkbox"/> motorisch - funktionelle Behandlung (30 - 45 Min.)	106,24 €
<input type="checkbox"/> motorisch - funktionelle Behandlung - <u>Gruppentherapie</u>	24,79 €
<input type="checkbox"/> sensomotorisch - perzeptive Behandlung (45 - 60 Min.)	141,64 €
<input type="checkbox"/> sensomotorisch - perzeptive Behandlung - <u>Gruppentherapie</u>	33,05 €
<input type="checkbox"/> psychisch - funktionelle Behandlung (60 - 75 Min.)	177,05 €
<input type="checkbox"/> psychisch - funktionelle Behandlung - <u>Gruppentherapie</u>	57,54 €
<input type="checkbox"/> ergotherapeutisches Hirnleistungstraining (30 - 45 Min.)	106,24 €
<input type="checkbox"/> ergotherapeutisches Hirnleistungstraining - <u>Gruppentherapie</u>	33,05 €
<input type="checkbox"/> Thermische Anwendung (Wärme oder Kälte) (nicht einzeln abrechenbar)	15,88 €
<input type="checkbox"/> Schienenversorgung - (siehe Kostenvoranschlag ergotherapeutische Schiene)	----
<input type="checkbox"/> Integration in das häusliche und soziale Umfeld	328,52 €
<input type="checkbox"/> Aufnahmebefund (einmalig zusätzlich zur gewählten Behandlung)	77,36 €
<input type="checkbox"/> Hausbesuchspauschale	51,41 €
<input type="checkbox"/> Kilometergeld pro Kilometer	0,90 €
<input type="checkbox"/> Präventive Einzelanwendung (nur Selbstzahler)	179,- €
<input type="checkbox"/> Beratungsgespräch (nur Selbstzahler)	249,- €

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Preise der Einzelbehandlung dem **1,8-fachen Vdek-Satz** (**Verband der Ersatzkassen e.V.**) und die Preise der **Gruppentherapie** dem **1,2- fachen Vdek-Satz** entsprechen. Die Preise werden automatisch an die Vergütungsliste nach § 125 Absatz 1 SGB V angepasst.

Mir ist bekannt, dass die vereinbarte Vergütung auch dann in voller Höhe zu entrichten ist, wenn Krankenversicherungen, Besoldungsämter (Beihilfe) usw. die Vergütungssätze nicht oder nicht in voller Höhe erstatten. Ich handle eigenverantwortlich in der Kostenverantwortung.

Ich entscheide mich für folgende Abrechnungsintervalle

- nach jeder geleisteten Behandlungseinheit,
- zum Monatsende (alle im aktuellen Monat geleisteten Behandlungseinheiten werden abgerechnet),
- als Zwischenabrechnung (nach 50% der geleisteten Behandlungseinheiten der aktuellen Verordnung),
- als Abschlussrechnung (nach Abschluss der aktuellen Verordnung)
- Sonstiges: _____

Mit der Unterzeichnung des Behandlungsvertrages stimme ich zu, die auf der Homepage veröffentlichten Datenschutzrichtlinien gelesen und akzeptiert zu haben.

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 beigefügten Patienteninformation für Privatversicherte.

Ort / Datum Patient / gesetzlicher Vertreter

Ort / Datum Firmenstempel/Unterschrift

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