



## Behandlungsvertrag - Gruppentherapie

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ich bin:

- ☐ gesetzlich Versichert mit Verordnung (es fallen ggf. die gesetzlichen Zuzahlung an)
- ☐ Privatpatient mit Verordnung (bitte informieren Sie sich über mögliche Zuzahlungen bei Ihrer Versicherung)
- ☐ **Präventiv / Selbstzahler** (ohne Verordnung)

<b><i>Ergotherapie in der Gruppe (3-6 Teilnehmer)</i></b>	<b><i>Einzelpreis</i></b>
<input type="checkbox"/> <b>Feinmotorik &amp; Beweglichkeit bei Rheuma &amp; Arthrose</b>	<b>24,79 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Handrehabilitation &amp; Narbenbehandlung</b>	<b>24,79 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Schmerztherapie &amp; Spiegeltherapie</b>	<b>33,05 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Fatigue &amp; Long Covid (Erschöpfung)</b>	<b>33,05 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Kognitives Training (Hirnleistungstraining)</b>	<b>33,05 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Fit für die Schule - Feinmotorik &amp; mehr</b>	<b>33,05 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Fit mit dem Stift 1. - 3. Schuljahr</b>	<b>33,05 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Achtsamkeit &amp; Konzentration</b>	<b>33,05 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Thermische Anwendung (Wärme oder Kälte) (dazu buchbar)</b>	<b>15,88 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Aufnahmegespräch &amp; Beratung</b> (einmalig zusätzlich zur gewählten Behandlung)	<b>77,36 €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Präventive Einzelanwendung</b> (nur Selbstzahler)	<b>179,- €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Beratungsgespräch</b> (nur Selbstzahler)	<b>249,- €</b>

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Preise der **Gruppentherapie** dem **1,2- fachen Vdek-Satz (Verband der Ersatzkassen e.V.)** 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)