



Behandlungsvertrag - Gruppentherapie

Name/ Vornname: _____

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)

Ergotherapie in der Gruppe (3-6 Teilnehmer)

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

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)