

Behandlungsvertrag für privat Versicherte

Zwischen

der Privatpraxis für Ergotherapie Anke Schreiner

und

_____, geb. am ____.,
(Vor- und Nachname des Minderjährigen)

wohnhaft _____
- im Nachfolgenden „Klient*in“ genannt -

und

Herr/Frau _____, geb. am ____.,
(Vor- und Nachname Erziehungsberechtigte)

und

Herr/Frau _____, geb. am ____.,
(Vor- und Nachname Erziehungsberechtigte)

wohnhaft _____
- im Nachfolgenden „Erziehungsberechtigte“ genannt -

wird nachfolgender Behandlungsvertrag geschlossen:

1.

Die/der Klient*in ist privat krankenversichert

bei der (Name der Versicherungsgesellschaft) _____

Versicherungs-Nr.: _____
(Nummer der Police, falls bekannt)

Es liegt eine ärztliche Verordnung über eine ergotherapeutische Behandlung vom

(Ausstellungsdatum der Verordnung) _____ vor.

Soll die ergotherapeutische Behandlung danach in der Praxis fortgesetzt werden, wird die/der Klient*in die entsprechende ärztliche Verordnung vorlegen. Auch auf diese Fortsetzung finden die vorliegenden Vereinbarungen Anwendung.

2.

Die Praxis verpflichtet sich, den die/der Klient*in gemäß der ärztlichen Verordnung nach den zum heutigen Zeitpunkt bestehenden, allgemeinen anerkannten therapeutischen Standards zu behandeln.

3.

Die/der Klient*in und den Erziehungsberechtigten ist bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung durch die kostenerstattenden Stellen möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist. Die Praxis weist darauf hin, dass insgesamt folgende Behandlungskosten (Berechnung nach GebÜTH):

Leistung psych. Funkt. Störungen	Inhalt	HPNV	Preis in €
Kurze Befunderhebung	Standard einmalig zu Beginn der Therapie	54301*	23,40
ausführliche Ergotherapeutische Diagnostik	einmalig pro Behandlungsziel zusätzlich zu den in der Regel 10 Einheiten vom Arzt/ Ärztin verschrieben	53010*	172,06
ausführliche Arbeitsdiagnostik	einmalig zu Beginn der Therapie und auf Bedarf zusätzlich zu den in der Regel 10 Einheiten vom Arzt/ Ärztin verschrieben	53010*	172,06

Beratung	Auch Angehörigenberatung, Beratung mit Kolleg*innen, Beratung mit im Arbeitsumfeld involvierten Personen, 1 Stunde	54109	118,30
Beratung häusliche und soziale Umfeld	Einmalig Hausbesuch oder Besuch am Arbeitsplatz, 1 Stunde	54111	193,41
Ergoth. Einzelbehandlung	In den Praxisraum oder auch als Videotherapie, 1 Stunde	54105	118,30
Ergoth. Einzelbehandlung als Parallelbehandlung von 2 Klient*innen	Einzelbehandlung zusätzlich mit einer/m zweiten Klient*in, 1 Stunde	54208	93,60
Ergoth. Gruppenbehandlung	Gruppen 4 bis 6 Personen: Selbstfürsorge, soziales Kompetenztraining, 90 Minuten	54212	61,04
Hirnleistungstraining	Verbesserung der Konzentration, 30 Minuten	54104	77,80
Hausbesuch inkl. Wegegeld Umkreis 5 km	Zuzüglich zur Einzelbehandlung	59933	32,02
Ausführlicher ergoth. Bericht	Nach Anforderung des Arztes im Anschluss an die Erstverordnung, nach Abschluss des Regelfalls (40 Behandlungseinheiten) und außerhalb des Regelfalls	59703	100,15
Arbeitsplatzberatung	Gestaltung des Arbeitsplatzes zur besseren psychischen Gesundheit, 1 Stunde	54109	118,30
Jobcoaching	In Absprache mit der / dem Arbeitgeber*in am Arbeitsplatz. Training von Arbeitsfähigkeiten/ 2 Stunde (als Belastungserprobung)	54110	217,58 plus Fahrtzeit und Fahrtkosten

Unabhängig vom Eintreten der Krankenversicherung/der Beihilfe verpflichten sich die/der Klient*in und Erziehungsberechtigte, an die Praxis für Ergotherapie für die unter Ziffer 3. vereinbarte Behandlung eine Vergütung der von ihnen gewünschten ergotherapeutischen Behandlungen als Gesamtschuldner zu bezahlen.

4.

Die/der Klient*in und der/die Erziehungsberechtigte(n) bestätigen, dass sie zu Beginn der Behandlung von der Praxis über alle für die Behandlung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden sind, insbesondere über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Die/der Klient*in und der/die Erziehungsberechtigte(n) bestätigen, dass sie insbesondere auf die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und die Erfolgsaussichten der Therapie aufgeklärt worden sind.

5.

Die Praxis vergibt Termine ausschließlich für den Klient*in. Die/der Klient*in hat den vereinbarten Termin daher grundsätzlich auch wahrzunehmen. Kann ein Termin aus einem wichtigen Grund (z.B. Krankheit) nicht wahrgenommen werden, muss die/der Klient*in bzw. der/die Erziehungsberechtigte(n) dies umgehend, spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin gegenüber der Praxis mitteilen.

6.

Die/der Klient*in der/die Erziehungsberechtigte(n) erklären hiermit ausdrücklich ihre Einwilligung zur Durchführung der Behandlung gemäß der ärztlichen Verordnung durch die Praxis.

7.

Die/der Klient*in der/die Erziehungsberechtigte(n) bestätigt, dass ihnen ein Exemplar dieser Vereinbarung ausgehändigt worden ist.

München, den , _____

Unterschrift Klient*in / Erziehungsberechtigte

Unterschrift Ergotherapeutin

3. Ich bin damit einverstanden, dass die unter Punkt 2 aufgeführten Daten für folgende Zwecke weitergegeben werden dürfen:

- 0 Zum Zwecke einer Beratung
- 0 Für den interdisziplinären/fachübergreifenden Austausch mit

-
- 0 Für den Medizinischen Dienst meiner Krankenkasse
 - 0 Zur Weiterbehandlung in einer anderen Praxis

- 0 _____
(Andere Gründe, z.B Abrechnung über Abrechnungsfirma)

4. Dauer der Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

- 0 Die Entbindung von der Schweigepflicht ist gültig bis zum
(Datum / Zeitraum angeben) _____

- 0 Die Entbindung ist nur für _____ gültig.
(falls einmaliger Zweck)

5. Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum/Ort

Unterschrift Klient*in, Unterschrift Erziehungsberechtigten