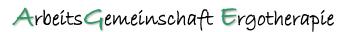
Praxis für Handtherapie





AGE · ArbeitsGemeinschaft Ergotherapie · Rathenaustr. 6 - 8 · 41061 Mönchengladbach

Vergütungsvereinbarung zwischen

AGE Praxis für Handtherapie und

Stefan Schmitt

Rathenaustr. 6 - 8 41061 Mönchengladbach

Telefon (02161) 9 48 44 55 Telefax (02161) 9 48 44 56 E-Mail rezi@mg-ergotherapie.de http://www.mg-ergotherapie.de

Name:	Vorname:
geb. am:	Telefon privat:
Telefon dienstl.:	Telefon mobil:
Straße, Hausnr.:	
Wohnort:	
E-Mail:	
lch war oder bin zurzeit in einer anderen \Box	ergotherapeutischen Praxis in Behandlung
Es liegt eine ärztliche Verordnung übervor.	r eine ergotherapeutische Behandlung vom
Die vorliegende Vereinbarung findet auch Folgeverordnungen Anwendung.	n für eine evtl. Fortführung der Behandlung mit
• • •	en uns, Sie gemäß der ärztlichen Verordnung enden, allgemein anerkannten therapeutischen

3. Ich bestätige, dass ich zu Beginn der Behandlung über alle für die Behandlung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden bin, insbesondere über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, den Therapieverlauf und die therapeutischen Maßnahmen. Ich bestätige, dass ich insbesondere über die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und die Erfolgsaussichten aufgeklärt worden bin.

4. Haftung

Die Haftung für Sach- und Vermögensschäden wird für Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung -auch in Bezug auf Mitarbeiter- für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

5. Wir, Praxis für Handtherapie, vergeben Termine ausschließlich für Sie.

Sie haben den vereinbarten Termin grundsätzlich wahrzunehmen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen mindestens **24 Stunden vorher -auch an Sonn- und Feiertagen-** unbedingt **telefonisch, auf Anrufbeantworter oder per E-Mail abzusagen**. Bei kurzfristiger Terminabsage oder unentschuldigtem Fernbleiben gestattet uns der Gesetzgeber (§ 611, § 615 BGB), Ihnen die Kosten für diesen Termin privat in Rechnung zu stellen. Unsere Ausfallgebühr beträgt bei einer motorisch-funktionellen Behandlung 39,60 €.

Ab dem 3. kurzfristig abgesagten Termin beenden wir unsere therapeutische Zusammenarbeit mit Ihnen und vergeben Ihre Termine anderweitig.

6. Die beigefügte Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich willige ausdrücklich in die aufgeführten Punkte 1 bis 6 ein.

%	X
Datum	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten
*	X
Datum	Stempel/ Unterschrift AGE Praxis für Handtherapie

Praxis für Handtherapie



Arbeits Gemeinschaft Ergotherapie

Folgende Honorare werden ab dem 01.09.2025 aufgrund der vorliegenden Verordnung vereinbart: Unsere Sätze orientieren sich an den gültigen Beihilfesätzen ab dem 01.09.2025.

Ziffer	Leistung	Satz	Einzelpreis €	Zutreffendes bitte ankreuzen
53	Funktionsanalyse (einmalig pro Behandlungsfall)	1,0	47,70	
54 a	Motorisch-funktionelle Behandlung (30 min)	1,25	71,25	
54 b	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung (45 min)	1,25	95,00	
40	Thermische Anwendung, warmer Raps	1,0	7,50	
22	Heiße Rolle	1,0	13,60	
36	Medizinisches Handbad mit Zusatz	1,0	8,80	
23 a	Paraffinbad	1,0	15,80	
39	Kältetherapie (Cryo), kalter Raps	1,0	12,90	
41	Ultraschalltherapie (Wärme)	1,0	14,30	
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	1,0	18,30	
42	Elektrotherapie	1,0	8,30	
83	Ärztl. verordneter Hausbesuch	1,0	27,60	
	Ausführlicher ergotherapeutischer Bericht		40,00	
87	Versorgungspauschale bei BLANKOVERORDNUNG		98,60	
	Ergotherapeutische temporäre		Festpreise	
	Schienenversorgung		Auf Wunsch erhalten Sie einen Kostenvoranschlag	

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung durch die kostenerstattenden

Stellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

%		
Detum	Unterschrift	