

Vergütungsvereinbarung zwischen

AGE Praxis für Handtherapie und

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Telefon privat: _____

Telefon dienstl.: _____ Telefon mobil: _____

Straße, Hausnr.: _____

Wohnort: _____

E-Mail: _____

Ich war oder bin zurzeit in einer anderen ergotherapeutischen Praxis in Behandlung

Ja ☐ Nein ☐

1. Es liegt eine ärztliche Verordnung über eine ergotherapeutische Behandlung vom
.....vor.

Die vorliegende Vereinbarung findet auch für eine evtl. Fortführung der Behandlung mit
Folgeverordnungen Anwendung.

2. Wir, Praxis für Handtherapie, verpflichten uns, Sie gemäß der ärztlichen Verordnung
nach den zum heutigen Zeitpunkt bestehenden, allgemein anerkannten therapeutischen
Standards zu behandeln.

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

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 Schienenversorgung		Festpreise 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.



Datum

Unterschrift