

Behandlungsvertrag zwischen

AGE Praxis für Handtherapie und

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Telefon privat: _____

Telefon dienstl.: _____ Telefon mobil: _____

Straße, Hausnr.: _____

Wohnort: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

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

Ja ☐ Nein ☐

1. Ich bin gesetzlich versichert. Es liegt eine ärztliche Verordnung über eine ergotherapeutische Behandlung vomvor.

Die vorliegende Vereinbarung findet auch für eine ev. 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 weisen Sie darauf hin, dass gemäß §61 SGB V folgende Zuzahlung von Ihnen übernommen werden muss:

- Rezeptgebühr in Höhe von derzeit 10,00 €
- 10% der Kosten für jede in Anspruch genommene Leistung

Ich bin von der Zuzahlung befreit? Ja ☐ Nein ☐

6. 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 28,50 € und bei einer sensomotorisch-perzeptiven Behandlung 38,00 €.

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

7. Die beigefügte Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich willige ausdrücklich in die aufgeführten Punkte 1 bis 7 ein.



X

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten



X

Datum

Stempel/ Unterschrift AGE Praxis für Handtherapie