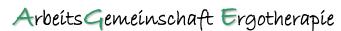
Praxis für Handtherapie





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

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

Behandlungsvertrag zwischen

AGE Praxis für Handtherapie und

Name:	Vorname:	
geb. am:	Telefon privat:	
Telefon dienstl.:	Telefon mobil:	
Straße, Hausnr.:		
E-Mail:		
Krankenkasse:		
Ich war oder bin zurzeit in einer anderen <u>ergotherapeutischen</u> Praxis in Behandlung Ja \square Nein \square		
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	r Sach- und Ve	ermögensschäde	en wird für Fahrlässigkeit
ausgeschlossen. Unberühr	rt bleibt eine w	eitergehende Ha	aftung -auch in Bezug auf
Mitarbeiter- für Vorsatz und	d grobe Fahrlä	ssigkeit.	
5. Wir weisen Sie darauf hi	in, dass gemäl	ß §61 SGB V fo	gende Zuzahlung von Ihnen
übernommen werden muss	s:		
- Rezeptgebühr in Hö	he von derzeit	t 10,00 €	
- 10% der Kosten für	jede in Anspru	ıch genommene	Leistung
Ich bin von der Zuzahlung	befreit?	Ja □	Nein □
6. Wir, Praxis für Handther	apie, vergeber	n Termine ausso	chließlich für Sie.
Sie haben den vereinbarte	n Termin grun	dsätzlich wahrzı	ınehmen. Sollten Sie einen
Termin nicht wahrnehmen	können, bitten	wir Sie, diesen	mindestens 24 Stunden
vorher -auch an Sonn- ur	nd Feiertagen	- unbedingt tele	fonisch, auf
Anrufbeantworter oder p	er E-Mail abzı	usagen . Bei kur	zfristiger Terminabsage oder
unentschuldigtem Fernblei	ben gestattet ι	uns der Gesetzg	eber (§ 611, § 615 BGB),
Ihnen die Kosten für dieser	n Termin priva	t in Rechnung z	u stellen. Unsere Ausfallgebühr
beträgt bei einer motorisch	-funktionellen	Behandlung 28,	50 € und bei einer
sensomotorisch-perzeptive	en Behandlung	38,00 €.	
Ab dem 3. kurzfristig abg	jesagten Tern	nin beenden wi	r unsere therapeutische
Zusammenarbeit mit Ihne	en und vergel	oen Ihre Termir	ne anderweitig.
7. Die beigefügte Datensch	nutzerklärung l	nabe ich zur Ker	nntnis genommen.
Ich willige ausdrücklich in d	die aufgeführte	en Punkte 1 bis	7 ein.
*	<u> </u>		
Datum	Untersch	nrift des Patiente	n bzw. Erziehungsberechtigten
%	<u> </u>		
Datum	Stempel	Unterschrift AG	SE Praxis für Handtherapie