

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 BLANKOVERORDNUNG 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. Diese BLANKOVERORDNUNG ist 16 Wochen gültig. Aufgrund des flexiblen Einsatzes von Heilmitteln, der Frequenz der Termine und der Dauer der einzelnen Behandlungen ist eine endgültige Festlegung der Zuzahlung zu Beginn der Behandlung nicht möglich. Zur besseren Orientierung einige Rechenbeispiele:

Anzahl der Motorisch-funktionellen Behandlung	Betrag der Zuzahlung
10 x 30 min. Behandlung	71,77 €
10 x 30 min. Behandlung mit thermischer Anwendung	80,27 €
20 x 30 min. Behandlung	128,77 €
20 x 30 min. Behandlung mit thermischer Anwendung	147,77 €

Wir weisen Sie darauf hin, dass gemäß §61 SGB V die Zuzahlung von Ihnen übernommen werden muss.

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 Behandlung von 30 Minuten 28,50 € und bei einer Behandlung von 45 Minuten 38,00 €.

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

7. Die beigelegte 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