

BEHANDLUNGSVERTRAG FÜR KASSEN- UND PRIVAT/BEIHILFE-KLIENT:INNEN

zwischen der Ergotherapie am Küchengarten, Andrea Manchen, Fössestr. 2, 3041 Hannover

und der

Klient:in _____

Name, Adresse

Telefonnr., ggf. Email

1. Unsere Behandlungen finden nach dem Bestell-Prinzip statt, d.h. wir reservieren für Sie/Ihr Kind exklusiv einen Zeitraum. Kommen Sie daher bitte pünktlich.
2. **Wenn Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden (auch Montagstermine) vorher ab** - per Telefon auf dem AB oder per Email an ihre Therapeutin (nachname@ergotherapie-kuechengarten.de).
Für einen nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagten Termin werden ausnahmelos 45€ Ausfallgebühr in Rechnung gestellt - auch mit Attest. Ausfälle bedeuten für die Praxis immer einen wirtschaftlichen Verlust, so verständlich der Absage Grund sein mag.
3. Sollte aufgrund von formalen Fehlern eine Rezeptänderung notwendig sein, ist der/die Patient:in verantwortlich die nötige Korrektur bei der verordnenden Ärzt:in zu veranlassen.
4. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art.9 Abs.2 lit. h DSGVO. Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistung gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse und zur Terminvereinbarung. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Wir behandeln alle Daten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion.
 - Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zur Dokumentation Bilder angefertigt und gespeichert werden.
5. Wenn Sie zur Vereinbarung, Absage oder zur Terminerinnerung E-Mail nutzen möchten, wird ihre Email-Adresse einzig zu diesem Zweck bei uns gespeichert. Die von Ihnen angegebenen Kontaktdaten werden neben der Praxis Ergotherapie am Küchengarten auch von unserem Praxissoftware-Dienstleister iPrax Systems GmbH & Co KG, München für die oben genannten Zwecke verarbeitet. Wenn Sie keinen Kontakt per Email wünschen, lassen Sie das Feld frei.
 - Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich über kurzfristige Terminänderungen über den WhatsApp-Account der Ergotherapie-Praxis informiert werden darf.
6. **Kassenpatient:innen** ab 18 Jahren müssen i.d.R. eine Zuzahlung zur Behandlung leisten. Diese beträgt 10€ pro Verordnung und 10% der Gesamtkosten und wird zum ersten Termin fällig. Sollten Sie die Behandlung früher beenden, haben sie Anspruch auf anteilige Rückerstattung. Bei „Blankoverordnung“ erfolgt die Zuzahlung erst bei Abschluss einer Verordnung.
7. **Privat- und Beihilfepatient:innen:** Unabhängig vom Eintreten seiner Versicherung erklärt der Klient hiermit ausdrücklich, die Kosten der Behandlung in voller Höhe persönlich zu tragen. Die Rechnung ist bis maximal vier Wochen nach Zustellung vom Klienten zu begleichen, auch wenn eine Kostenerstattung bis dahin noch nicht oder nur teilweise erfolgt ist. Erziehungsberechtigte treten für Forderungen ihrer Kinder ein. Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag. Bitte informieren Sie sich darüber ggf. bei ihrer PKV. **Es gilt verbindlich die beigefügte Kostentabelle.**

Die vorstehenden Hinweise und die angehängte Kostentabelle (nur relevant für Privatpatient:innen) habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie ausdrücklich an.

Datum und Unterschrift des/der Patient:in / ggf. des Erziehungsberechtigten

KOSTENÜBERSICHT PRIVAT- UND BEIHILFE-PATIENT:INNEN

Leider gibt es keine verbindlichen Vereinbarungen der privaten Krankenversicherer für ergotherapeutische Leistungen. Wir berechnen den 1,8 fachen Regelsatz der gesetzlichen Kassen.

Bitte informieren sich ggf. bei ihrer Privaten Krankenversicherung welche Beträge in ihrem Tarif übernommen werden. Unabhängig vom Eintreten der Versicherung sind die Kosten der Behandlung in voller Höhe ggf. persönlich zu tragen. Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag. Bitte informieren Sie sich über die Höhe der Erstattung bei ihrer PKV.

Die Rechnung wird mit Erhalt fällig. Nach Überschreiten der gesetzlichen Zahlungsfrist erheben wir eine Mahngebühr.

	Heilmittel	Kosten pro Termin	Kosten für Verordnung à 10 Termine
X4002	Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	69,17 €	
X4102	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, 30 min	94,99 €	949,86 €
X4103	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung, 45 min	126,65 €	1266,48 €
X4104	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung, 30 min	94,99 €	949,86 €
X4105	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, 60 min	158,31 €	1583,10 €
X4108	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	328,52 €	
X4109	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	274,18 €	
X4112	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	274,18 €	
X4205	Motorisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung bei gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patient:innen	76,00 €	759,96 €
X4206	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Parallelbehandlung bei gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patient:innen	101,32 €	1013,22 €
X4207	Ergoth. Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patient:innen	76,00 €	759,96 €
X4208	Psychisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patient:innen	126,65 €	1266,48 €
X4212	Psychisch-Funktionelle Behandlung in der Gruppe (3-6 Patient:innen)	42,53 €	425,34 €
X9933	Hausbesuch inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	45,97 €	459,72 €
X9934	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	45,97 €	459,72 €