



**Anmeldung - Kontaktdaten**

Datum

Name

Geburtsdatum

Adresse

Mobil:

Festnetz:

Ärztin/Arzt:

Schule/Kindergarten:

Schwerpunkte/Symptomatik:

Terminwünsche - vormittags möglich?



## BEHANDLUNGSVERTRAG FÜR KASSEN- UND PRIVATKLIENT:INNEN

zwischen der

Ergotherapie am Küchengarten

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 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 Terminänderungen auch 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 Rezept und 10% der Kosten des Gesamtrezepts und wird zum ersten Termin fällig. Sollten Sie die Behandlung früher beenden, haben sie Anspruch auf anteilige Rückerstattung.
7. **Privat- und Beihilfepatient:innen:** Unabhängig vom Eintreten einer Versicherung erklärt der Patient hiermit ausdrücklich, die Kosten der Behandlung in voller Höhe persönlich zu tragen. Die Honorarzahlung ist somit bis maximal vier Wochen nach Rechnungsstellung vom Klient:innen direkt 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. Bei Fragen zu ihrer Rechnung bitten wir die Klient:innen daher, sich direkt mit ihrer privaten Kasse bzw. ggf. mit uns in Verbindung zu setzen.  
**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 / Erziehungsberechtigten

## KOSTENÜBERSICHT PRIVAT/ UND BEIHILFE-PATIENT:INNEN

Leider gibt es keine verbindlichen Vereinbarungen der privaten Krankenversicherer für ergotherapeutische Leistungen, so dass diese theoretisch immer neu zwischen Praxis und Klient:in ausgehandelt werden müssten. Um das zu vermeiden, berechnen wir alle Privatpatient:innen — wie andere Praxen — auf Grundlage der Sätze der gesetzlichen Kassen mit dem Faktor 1,8.

	Heilmittel	Faktor	Kosten pro Sitzung
X4002	Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	1,8	69,17 €
X4102	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, 30 min	1,8	94,99 €
X4103	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung, 45 min	1,8	126,65 €
X4104	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung, 30 min	1,8	94,99 €
X4105	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, 60 min	1,8	158,31 €
X4107	Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	1,8	253,28 €
X4108	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	1,8	328,52 €
X4109	Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	1,8	274,18 €
X4112	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	1,8	274,18 €
X4205	Motorisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4102 oder X4209 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patient:innen	1,8	76,00 €
X4206	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4103 oder X4210 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patient:innen	1,8	101,32 €
X4207	Ergoth. Hirnleistungstraining: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4104 oder X4211 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patient:innen	1,8	76,00 €
X4208	Psychisch-funktionelle Behandlung: Parallelbehandlung bei verordneter Position X4105 oder X4212 und gleichzeitiger Anwesenheit von zwei Patient:innen	1,8	126,65 €
X4210	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Gruppenbehandlung (3 - 6 Patient:innen)	1,8	33,25 €
X4212	Psychisch-Funktionelle Behandlung in der Gruppe (3-6 Patient:innen)	1,8	42,53 €
X9701	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die Verordnende oder den Verordnenden	1,8	77,58 €
X9932	Mehraufwand für die Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	1,8	2,00 €
X9933	Hausbesuch inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	1,8	45,97 €
X9934	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	1,8	45,97 €