

Honorarvereinbarung nach GebüTh

zwischen

Privatpraxis für Ergotherapie

Bundesplatz 1 in 10715 Berlin

und

Patient / Kind

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Gesetzlich vertreten durch:

und

Eltern / Erziehungsberechtigte

1) Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: Email:

2) Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: Email:

wird nachfolgender Behandlungsvertrag geschlossen

Privatpatient

Name der Versicherungsgesellschaft:

Selbstzahler

Es liegt eine ärztliche Verordnung / Empfehlung über eine ergotherapeutische Behandlung vor.

Ausstellungsdatum:

Soll die ergotherapeutische Behandlung danach in der Praxis fortgesetzt werden, wird der Patient bzw. die Erziehungsberechtigten eine entsprechende ärztliche Verordnung/ Empfehlung vorlegen. Auch auf die Fortsetzung finden die vorliegenden Vereinbarungen Anwendung. Das Vorlegen der ärztlichen Verordnung liegt im Verantwortungsbereich des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten.

1. Die Praxis verpflichtet sich, den Patienten gemäß der ärztlichen Verordnung nach den zum heutigen Zeitpunkt bestehenden, allgemeinen anerkannten therapeutischen Standards zu behandeln.
2. Dem Patienten und den Erziehungsberechtigten ist bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung durch die kostenerstattenden Stellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Bitte klären Sie das im Vorfeld. Die Praxis weist darauf hin, dass insgesamt folgende Leistungen nach der Gebührenordnung für Therapeuten (GebüTh) in Rechnung gestellt werden.

Honorare Privatpraxis Ergotherapie am Bundesplatz

POS.NR.:	LEISTUNG	Betrag in €
54103E 54123V	Erstgespräch / Eltern- und Lehrerberatung 45 Min	139,93
54002	Funktionsanalyse (Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs, wird immer zu Beginn einer Behandlung in unserer Praxis berechnet; wird ebenfalls in Rechnung gestellt, falls eine Therapiepause von mind. 3 Monaten bestanden hat oder bei einer neuen Diagnose.)	77,53
54103 54123V	Sensomotorisch-perzept. Einzelbehandlung 45 Min/ Videocoaching (auch als telemedizinische Leistung möglich)	139,93
54206 54206V	Sensomotorisch-perzept. Gruppe 45 Min/ Videocoaching (auch als telemedizinische Leistung möglich) bei gleichzeitiger Anwesenheit von mind. zwei Kindern: pro Kind	111,94
54105 54105V	Psychisch.-funkt. Einzelbehandlung 60 Min/ Videocoaching (auch als telemedizinische Leistung möglich)	175,15
54208 54208V	Psychisch.-funkt. Gruppe 60 Min/ Videocoaching (auch als telemedizinische Leistung möglich) bei gleichzeitiger Anwesenheit von mind. zwei Kindern: pro Kind	138,60
53301 53302	Ergotherapeutischer Bericht Kurzbericht (1 Seite)	116,23 46,49
59932	Hospitation Kita/ Schule 180 Min	525,45
59933	HB/ Wegegeld/ Einsatzpauschale bei Kita/ Schule	51,52

Gem. § 614 BGB ist die Vergütung stets sofort fällig, unabhängig vom Zeitpunkt einer möglichen Erstattung durch Erstattungsstellen. Wir bzw. unser Abrechnungszentrum stellt Ihnen die Leistung privat in Rechnung. Die Rechnung können Sie bei Ihrer privaten Krankenversicherung einreichen. Unabhängig vom Eintreten der Krankenkassenversicherung/der Beihilfe verpflichten sich Patient und Erziehungsberechtigte, an die Praxis für Ergotherapie für die unter Ziffer 2. vereinbarten Behandlungen sowie Leistungen eine Vergütung der von ihnen gewünschten ergotherapeutischen Behandlungen als Gesamtschuldner zu bezahlen.

3. Die Praxis vergibt Termine ausschließlich für den Patienten. Der Patient hat den vereinbarten Termin daher auch grundsätzlich wahrzunehmen. Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, muss der Patient bzw. der/die Erziehungsberechtigte(n) dies umgehend, spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin, der Praxis mitteilen. Da wir eine termingebundene Praxis sind, stellen wir Ihnen nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung.
4. Der Patient und der/die Erziehungsberechtigte(n) erklären hiermit ausdrücklich ihre Einwilligung zur Durchführung der Behandlung gemäß der ärztlichen Verordnung/Empfehlung durch die Praxis.
5. Der Patient bzw. der/die Erziehungsberechtigte(n) bestätigen, dass ihnen ein Exemplar dieser Vereinbarung ausgehändigt worden ist.

.....
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Berlin, den.....

.....
(Unterschrift / Stempel Praxis)