

BEHANDLUNGSVERTRAG GKV

zwischen besser altern – Praxis für Ergotherapie mit Lotsenfunktion
Inhaber: Salome Benkel
Hermann-Köhl-Straße 3
93059 Regensburg
(nachfolgend „Praxis“)

und Name Patient:in: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____
(freiwillige Angabe)

Geburtstag: _____

Name der Versicherung: _____

(nachfolgend „Patient:in“)

1.

Zwischen der:dem oben genannten Patient:in und der Praxis wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Die Praxis verpflichtet sich gegenüber der:dem Patient:in zur Erbringung der aus der vorgelegten ärztlichen Verordnung ersichtlichen ergotherapeutischen Behandlung. Diese Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards für die Ergotherapie zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Die:Der Patient:in erklärt hiermit ausdrücklich die Einwilligung zur Durchführung der Behandlung gemäß der ärztlichen Verordnung durch die Praxis.

2.

Soll die Behandlung nach der vorgelegten ärztlichen Verordnung weiter fortgesetzt werden, wird die:der Patient:in die entsprechende weitere ärztliche Verordnung vorlegen. Auch auf diese Fortsetzung finden die vorliegenden Vereinbarungen Anwendung.

3.

Die Praxis weist darauf hin, dass gemäß § 61 S. 3 SGB V pro Verordnung eine Zuzahlung in Höhe von **10,00 € zzgl. 10 % der Kosten** der in Anspruch genommen Leistungen **selbst zu tragen** ist. Die Zuzahlung ist höchstens auf die Kosten der erbrachten Heilmitteltherapie begrenzt.

Von dieser Zuzahlungspflicht ausgenommen sind Patient:innen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder von der Zuzahlungspflicht gemäß § 62 SGB V befreit sind.

Die:Der Patient:in bestätigt, dass sie:er auf diese Zuzahlungspflicht hingewiesen wurde.

4.

Die:Der Patient:in bestätigt, dass sie:er zu Beginn der Behandlung von der Praxis über alle für die Behandlung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden ist, insbesondere über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie ergreifenden Maßnahmen. Es wird ebenfalls bestätigt, dass sie:er insbesondere über die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und die Erfolgsaussichten der Therapie aufgeklärt worden sind.

5.

Die Vergabe von Terminen durch die Praxis erfolgt im Wege einer sogenannten Bestellpraxis, d.h., der jeweilige Termin wurde ausschließlich für die:den Patient:in vorgesehen. Die:Der Patient:in hat den vereinbarten Termin daher grundsätzlich auch wahrzunehmen. Kann ein Termin aus einem wichtigen Grund (z.B. Krankheit) nicht wahrgenommen werden, muss dies **umgehend, spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin, gegenüber der Praxis mitgeteilt werden.**

Bei nicht oder nicht rechtzeitig erfolgter Absage des Termins ist die Praxis berechtigt, eine **Ausfallgebühr** in Höhe des aufgrund der ursprünglich vereinbarten Leistung zu erwartenden Satzes der gesetzlichen Krankenversicherung von der Patientin/vom Patienten zu fordern; der:dem Patient:in bleibt vorbehalten, nachzuweisen, dass lediglich ein geringerer Schaden entstanden ist, in diesem Fall ist dann Schadensersatz lediglich in der geringeren Höhe geschuldet.

Für 30 Minuten Behandlungszeit (motorisch-funktionell, Hirnleistungstraining): 30€

Für 45 Minuten Behandlungszeit (sensomotorisch-perzeptiv): 45€

Für 60 Minuten Behandlungszeit (psychisch-funktionell): 60€

Bei Blankoverordnungen wird die zuvor vereinbarte Therapiedauer für die Berechnung genutzt. Im Zweifelsfall wird die Durchschnittsdauer der letzten Therapieeinheiten berechnet.

6.

Sollte eine der vorstehenden Klauseln unwirksam sein oder werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der Bestimmungen im Übrigen. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung tritt dann die gesetzliche Regelung.

7.

Die:Der Patient:in bestätigt, dass ihr:ihm ein Exemplar dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.

Datum: _____

Unterschrift Patient:in/ Bevollmächtigte:r

Anlage 1: Hinweise zur Datenverarbeitung, Schweigepflichtentbindung