

# Informationsblatt & Behandlungsvertrag

für

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ gesetzl. Betreuer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## Allgemeines:

- Bei der ersten Behandlung muss eine gültige Verordnung vorliegen. Diese darf ab dem Ausstellungsdatum nicht älter als 28 Tage sein.
- Vereinbarte Termine bitte genau einhalten, da die Therapieeinheiten, auch wenn Sie sich verspätet haben, pünktlich beendet werden müssen.
- Sollten Sie eine Behandlung nicht einhalten können, informieren Sie uns 24 Stunden vorher. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 06203 – 4202666, ein Anrufbeantworter ist immer geschaltet. Gerne können Sie auch unter folgender Email-Adresse absagen : [info@ergoraum-rohr.de](mailto:info@ergoraum-rohr.de)
- Bei nicht Einhaltung dieser Frist, bleibt die vereinbarte Zeit für Sie reserviert und wird Ihnen privat, in Höhe der tariflich vereinbarten Leistung der Krankenkasse, in Rechnung gestellt (§615BGB). Termine einfach zu unterschreiben und Ihre Krankenkasse den Ausfall bezahlen zu lassen ist verboten und wird in unserer Praxis ( ohne Ausnahme ) nicht praktiziert. Wir danken für Ihr Verständnis und bitten Sie, von Diskussionen Abstand zu nehmen.

**Die zur Zeit aktuellen Preise der Krankenkassen entnehmen Sie bitte unserem Aushang in der Praxis.**

**Privatversicherten entnehmen die Preise aus Ihrer Honorarvereinbarung.**

- Zur Zeit wird nach SGB eine Pauschalgebühr von 10,00 Euro pro Rezept und eine Zuzahlung von 10% zur Leistung erhoben. Sie erhalten von uns eine Rechnung über die Zuzahlung, diese können Sie bar bezahlen oder überweisen Sie den Betrag auf der Rechnung angegebenen Kontonummer.

**Dieser Zuzahlungsbetrag bekommt ausschließlich Ihre Krankenkasse.**

- **Ausgenommen von der Zuzahlung sind Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder Patienten mit einem Befreiungsausweis.**

## Einwilligung gemäß Datenschutz

Alle Verordnungen werden der BFS Abrechnungs- GmbH übermittelt.

Von der Übermittlung erfasst sind :

Name \* Anschrift \* Geburtsdatum \* Versicherungsnummer \* Diagnose(n)

Behandlungszeiträume \* Heilmittelleistung

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen in unserer Praxis widerrufen werden.

## Entbindung von der Schweigepflicht

hiermit entbinde ich die ergotherapeutische Praxis Mira Rohr von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Erzieher (in) / Lehrer(in) : \_\_\_\_\_

Arzt / Ärztin: \_\_\_\_\_

andere  
Therapeuten: \_\_\_\_\_

sonstige Personen: \_\_\_\_\_

## Fotos und Videoaufnahmen

hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass Fotos bzw. Videoaufnahmen während der Behandlung gemacht werden können. Diese unterliegen der Schweigepflicht und dürfen nur zum internen ergotherapeutischen Fachaustausch verwendet werden.

Ja       Nein

## Eigenverantwortliches Verlassen der Praxis:

hiermit erkläre ich, dass mein / unser Kind die Praxis nach Beendigung der Therapiestunde eigenständig verlassen darf.

Ja       Nein

## Heilmittelbehandlung:

Kinder / Jugendliche vom 7. - 15. Lebensjahr sind nur beschränkt geschäftsfähig. Damit Ihr Kind die Verordnung unterschreiben darf, benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Hiermit bewillige ich das mein (e) Sohn / Tochter die Verordnung mit meinem Einverständnis unterschreiben darf.

Ja       Nein

Ich bin mit den vertraglichen Inhalten dieser Vereinbarung im vollem Umfang einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte bedenken Sie:

Eine Therapie ist nur wirksam und effektiv, wenn Inhalte in das häusliche Umfeld übertragen werden.

Sie sollten diese zu Hause gewissenhaft und regelmäßig durchführen.

Edingen-Neckarhausen, \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift d.Patienten / gesetzlichen Vertreter