

Anmeldung und Behandlungsvertrag

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Rechnungen per E-Mail: ☐ ja ☐ nein

Telefon / Handy: _____ / _____ Krankenkasse: _____

Terminänderungen: Meine Kontaktdaten und meine E-Mail Adresse (soweit ich diese angegeben habe), dürfen für Terminänderungen und -absagen verwendet werden. Terminabsagen oder -änderungen dürfen auch an meine Familienmitglieder weitergeben werden, wenn ich gerade nicht erreichbar bin.

Schweigepflichtsentbindung: Ich bin damit einverstanden, dass ein Informationsaustausch (auch per Fax) zum Zwecke der Behandlungsoptimierung mit den Verordnenden / LehrerInnen / ErzieherInnen / Therapeuten / Betreuenden durchgeführt wird. Dazu gehört auch die Weitergabe von Untersuchungsergebnissen und Berichten an den Verordnenden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Abrechnung mit dem Kostenträger verwendet werden.

Abwesenheitspauschale und Termine ohne gültiges Rezept: Ich verpflichte mich, für Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt wurden und die nicht anderweitig vergeben werden konnten, eine Abwesenheitspauschale* zu bezahlen. Bei Terminen, zu denen kein gültiges Rezept vorliegt übernehme ich den aktuellen Preis der gesetzlichen Krankenkassen. Bei Behandlungen in Einrichtungen gilt diese Regelung auch. Bitte klären Sie ab, wer hierfür verantwortlich ist.

Datenschutz: Den Anhang „Information zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen. Hinweise zum Datenschutz liegen im Wartezimmer aus.

Patienteninformation: Den Anhang „Patienteninformation“ habe ich gelesen.

Privatpatienten: Das Dokument „Information für Privatpatienten und Beihilfe“ habe ich gelesen. Mir ist bewusst, dass ich die Erstattung meiner ergotherapeutischen Behandlungen im Voraus mit meiner PKV klären sollte und ich den vollen Rechnungsbetrag – unabhängig von der Erstattung meiner PKV – an die Felzmann & Jess GbR zu überweisen habe.

Patientenaufklärung (wird mit der Therapeutin besprochen):
Ich wurde über den Ablauf und die Risiken der Therapie aufgeklärt

Besondere Risiken: _____

Bei Kindern: Name der Eltern: _____

Mein Kind darf die Praxis selbstständig verlassen: ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Patienteninformation

Sehr geehrte PatientInnen,

unser Ziel ist es, Ihnen eine **wirksame und effektive Therapie** zu bieten. Sie erhalten hier Informationen, die wichtig sind, damit Ihre Ziele schnellstmöglich erreicht werden können und eine **gute Zusammenarbeit** zwischen Ihnen und den Therapeuten gewährleistet ist.

- 1 Eine Therapie ist nur dann wirklich effektiv, wenn die **Inhalte ins häusliche Umfeld übertragen** werden. Dies gilt vor allem auch für **Übungen und Tätigkeiten**, die Ihnen die Therapeutinnen an die Hand geben. Sie sollten diese **zu Hause gewissenhaft und regelmäßig durchführen**.
- 2 Bitte geben Sie uns stets **Rückmeldung** über Fort- oder Rückschritte sowie neue Erkenntnisse durch Arztbesuche und bringen Sie uns Röntgenbilder, OP-Berichte, Testergebnisse oder andere Unterlagen mit.
- 3 Ihre Therapeutin holt Sie pünktlich zu Ihrer Therapie im Wartezimmer ab. **Klingeln Sie nur**, wenn Sie **nicht pünktlich zur Therapie** kommen bzw. Ihre Therapeutin Sie **nicht rechtzeitig abholt**. Bitte haben Sie Verständnis, sollte sich Ihre Therapeutin etwas verspäten. Es gibt im Praxisalltag immer wieder unvorhersehbare Situationen, die den Zeittakt stören können. Die fehlende Zeit wird natürlich an Ihre Behandlung angehängt.
- 4 Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen **Terminabsagen oder Verschiebungen** auch über SMS und E-Mail mitteilen, sofern Sie uns als Kontaktdaten Ihre mobile Telefonnummer oder E-Mail-Adresse angeben.
- 5 **Sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher ab!** Bitte sprechen Sie auf den **Anrufbeantworter** oder schreiben Sie uns eine **E-Mail an info@ergo-herz-hand.de**, wenn Sie uns telefonisch nicht erreichen können. Nur so können wir den Termin weiter vergeben und müssen Ihnen den ausgefallenen Termin nicht in Rechnung stellen. Im bürgerlichen Gesetzbuch gibt es hierzu eine klare Regelung (§615 BGB). Termine einfach zu unterschreiben und Ihre Krankenkasse den Ausfall bezahlen zu lassen ist verboten und wird in unserer Praxis (ohne Ausnahme!) nicht praktiziert. Diese Regelung greift begründungsunabhängig. Wir bedanken uns für Ihr Verständnis und bitten Sie, von Diskussionen Abstand zu nehmen.
- 6 Sorgen Sie gegebenenfalls **rechtzeitig für ein Folgerezept oder eine gültige Verordnung**. Rezepte müssen innerhalb von 28 Tagen begonnen werden. **Behandlungen, die vor der Ausstellung eines Rezeptes stattfinden, werden von der Krankenkasse nicht bezahlt und müssen daher privat in Rechnung gestellt werden.**
- 7 **Zuzahlungen:** Die gesetzliche Zuzahlung fällt für gesetzlich versicherte Patienten über 18 Jahre an. Sie erhalten eine Quittung. Sollten Sie nicht alle Behandlungen in Anspruch genommen haben, erhalten Sie natürlich eine Rückerstattung der zu viel gezahlten Zuzahlung. Bitte kommen Sie in diesem Fall auf uns zu.

Die Höhe der Zuzahlung:

10€ Rezeptgebühr + einmalig Funktionsanalyse 4,15€ (Blanko: 4,77€)+ pro Behandlung:

Motorisch-funktionell	Sensomotorisch-perzeptiv	Psychisch-funktionell	Hirnleistungstraining
5,70€	7,60€	9,50€	5,70€

Bei Blankoverordnungen (die Zuzahlung für alle Behandlungen wird nach 16 Wochen in Rechnung gestellt):

30 min	45 min	60 min
5,70€	7,59€	9,49€

+ zusätzlich pro Behandlung (wenn verschrieben)

Thermische Anwendung	Hausbesuch in Einrichtung	Hausbesuch zu Hause
0,85€	1,80€	2,76€