

Therapievereinbarung und Information

Zwischen (Vor- & Zuname des Kindes) _____

Anschrift _____

Erziehungsberechtigte*r (Vor- und Zuname) _____

E-Mail-Adresse _____ Geb. am: _____

Und dem*der Therapeut*in _____

1) Vereinbarung zum Vorgehen

- _____ Termine wöchentlich
- Erste Formulierung von Therapiezielen:

2) Verpflichtung zur regelmäßigen und aktiven Teilhabe am Therapieprozess

Da bei Ihrem Kind ein akuter Behandlungsbedarf besteht, ist es für uns als Therapeuten und den erfolgreichen Therapieverlauf zwingend notwendig, dass Termine pünktlich und regelmäßig wahrgenommen und nur in dringenden Fällen wie Krankheit oder Urlaub abgesagt werden. Für den Behandlungserfolg ist auch Ihre Mitarbeit als Eltern dringend erforderlich. Nur, wenn die Thematik im Alltag mit aufgegriffen wird, kann sich dauerhaft etwas verändern. Der*die Therapeut*in gibt Ihnen und Ihrem Kind auch gerne Anregungen für die Förderung zu Hause mit. Für eine erfolgreiche Behandlung ist das Verstehen der therapeutischen Maßnahmen und die Anteilnahme sehr wichtig. Bitte scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen.

Sollten Termine häufig, nicht rechtzeitig und ohne nachvollziehbaren Grund abgesagt oder nicht wahrgenommen werden, behalten wir uns das Recht vor, Therapien vorzeitig abubrechen. Aus organisatorischen Gründen können wir leider nicht gewährleisten, dass Therapietermine zu Ihren Wunschzeiten vereinbart werden können.

3) Vergütungsanspruch bei Nichterscheinen und kurzfristigen Absagen

Die vereinbarten Termine sind verbindlich und müssen so gewählt werden, dass sie eingehalten werden können. Sollten die vereinbarten Termine nicht eingehalten werden, bitten wir Sie, uns dies unverzüglich, auch auf dem Anrufbeantworter oder per Mail früher als 24 Stunden vor dem Termin mitzuteilen. Die Aufzeichnungen erreichen uns täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen. Erfolgt dies nicht, müssen wir Ihnen die freigehaltenen Termine laut §615 S.1 BGB privat in Rechnung stellen.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen auch bei Absagen im Krankheitsfall Ihres Kindes eine Ausfallpauschale in Höhe des jeweiligen Behandlungssatzes in Rechnung stellen müssen (Preise zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB-V). Sollten wir einen kurzfristigen Ersatz für den Termin finden, erlassen wir Ihnen die Kosten. Achten Sie somit darauf, Termine frühzeitig abzusagen.

4) Abrechnung und Leistungen

Sofern Zahlungen an die Praxis geleistet werden müssen, zum Beispiel angeforderte Berichte (s.u.) oder Ausfallrechnungen (s.o.) geschieht das unmittelbar und per Kartenzahlung direkt in der Praxis.

Eine ergotherapeutische Einheit enthält die Durchführung der Therapie, die Erfüllung der Dokumentationspflicht sowie die Vor- und Nachbereitung der Therapie. Das bedeutet, dass alle Absprachen bezüglich der Therapie sowie die Dokumentation der Einheit innerhalb der vom Heilmittel auf der Verordnung festgelegten Zeit (in der Regel 30 Min., 45 Min. o. 60 Min.) erfolgen. Bitte beachten Sie außerdem, dass Aufnahme-, Abschluss-, Eltern- und Lehrergespräche (ggf. telefonisch) als Therapieeinheit abgerechnet werden. Sie erklären sich damit einverstanden, dass zur Befundung und zur Dokumentation der Therapie Bild- und Videoaufzeichnungen angefertigt werden können.

Behandlungssätze für Privatpatienten je verordnetem Heilmittel:

• Sensomotorisch-perzeptiv Einzel:	126,65€	45 Minuten
• Sensomotorisch-perzeptiv Parallel:	101,32€	45 Minuten
• Motorisch-funktionell Einzel:	94,98€	30 Minuten
• Psychisch-funktionell Einzel:	158,31€	60 Minuten
• Funktionsanalyse und Anamnese:	69,17€	--

Bitte beachten Sie, dass eventuell nicht alle Kosten von Ihrer privaten Krankenversicherung übernommen werden. Bitte besprechen Sie die Kostenübernahme im Vorfeld mit Ihrer Krankenkasse. Sollten Sie Hilfestellungen benötigen, wenden Sie sich gerne an uns.

5) Schweigepflichtsentbindung

Sie sind darüber aufgeklärt worden, dass es für eine effektive Therapie notwendig ist, dass der*die behandelnde*r Ergotherapeut*in Informationen mit behandelnden Ärzt*innen, anderen Therapeut*innen und Institutionen (wie Krankenhaus, Pflegeheim, Kindergarten, Schule) austauscht. Daher entbinden Sie den*die oben genannte*n Ergotherapeut*in für die Dauer der ergotherapeutischen Maßnahme von der Schweigepflicht. Die erforderlichen Absprachen dürfen mündlich und schriftlich erfolgen.

6) Bericht

Wenn der*die verordnende Ärzt*in einen Bericht erhalten möchte, ist dies entsprechend auf der Verordnung gekennzeichnet und die Übermittlung der Berichte erfolgt dann direkt an den*die Ärzt*in. Wenn ein Bericht über Verordnungen verfasst werden soll, auf denen der*die Ärzt*in dies nicht angegeben hat, werden Ihnen die Kosten (70€) privat in Rechnung gestellt.

☐ Hiermit bestätige ich, die in der Therapievereinbarung festgehaltenen Regelungen zur Kenntnis genommen zu haben und diese zu akzeptieren.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r: _____

Unterschrift Ergotherapeut*in: _____