

# Behandlungsvertrag



zwischen

Ergotherapie Claudia Janusch  
Zinksgartenstraße 14,  
06108 Halle (Saale)

und der/dem Klientin/en \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

und den gegebenenfalls Erziehungsberechtigten/Gesetzlichen Vertretern

geb. am \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

wird nachfolgender Behandlungsvertrag geschlossen:

Die/der Klient/in ist krankenversichert:

- gesetzlich
- privat
- Beihilfe

Es liegt eine ärztliche Verordnung über eine ergotherapeutische Behandlung vor. Soll die ergotherapeutische Behandlung anschließend in meiner Praxis fortgesetzt werden, wird die/der Klient/in die entsprechende Folgeverordnung vorlegen. Auch auf diese Fortsetzung finden die vorliegenden Vereinbarungen Anwendung.

### Vergütung der Therapieleistungen

#### Privat Krankenversicherte

Die Vergütungssätze für ergotherapeutische Heilmittel gelten für alle Behandlungen, die ab dem 01.02.2025 begonnen werden. Die Vergütungssätze gelten für:

- Privatärztlich verordnete ergotherapeutische Heilmittel
- Weiterführende ergotherapeutische Behandlungen ohne Folgeverordnung (Voraussetzung dafür ist eine vorherig ärztlich ausgestellte Verordnung)

Die derzeit gültigen Vergütungssätze für die verschiedenen ergotherapeutischen Heilmittel sowie die Behandlungszeiten finden Sie im Infoblatt.

Im Falle des Zustandekommens dieses Behandlungsvertrages erfolgt eine gesonderte Honorarvereinbarung.

Die Vergütungen für die Behandlungen werden mit Ihnen direkt abgerechnet und sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung von Ihnen zu zahlen.

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Kostenträger, ob und in welcher Höhe die Kosten für die ergotherapeutischen Maßnahmen übernommen werden. Auf Wunsch stellen wir Ihnen gern einen Kostenvoranschlag aus.

Die Behandlungskosten sind innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu zahlen.

#### Gesetzlich Krankenversicherte

Die Vergütungen für Heilmittel rechne ich direkt mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ab. Gemäß den §§ 32, 43 c und 61 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen für kassenärztlich verordnete Heilmittel zu tragen, sofern keine Befreiung von dieser Zuzahlungspflicht besteht und wir Heilmittelerbringer sind verpflichtet, diesen Betrag im Auftrag der Krankenkassen einzuziehen.

Liegt in Ihrem Fall eine Zuzahlungsbefreiung vor?

- Ja
- Nein

Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, stellen Sie mir bitte eine Kopie von Ihrem Befreiungsausweis zur Verfügung.

Die Höhe der Zuzahlungen beträgt 10% für jede in Anspruch genommene Leistung sowie 10 Euro je Verordnung. **Die gesamte Zuzahlung ist im Laufe der Behandlung fällig.**

Einzelheiten zu den aktuellen Vergütungen der Krankenkassen entnehmen Sie bitte dem Infoblatt „Zuzahlung und Vergütung der gesetzlichen Krankenkassen“.

### **Abwesenheitspauschale**

Sie kommen zur Therapiebehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Die mit Ihnen vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, ist dies mindestens drei Tage vorher mitzuteilen. Sollte Ihnen dies aus unvorhergesehenen und schwerwiegenden Gründen nicht möglich sein, sind Sie angehalten, mindestens 24 Stunden vor Ihrem Termin abzusagen.

Ich akzeptiere Absagen rund um die Uhr mit einer Nachricht auf dem Telefon unter 0155 – 63 63 15 50 und per E-Mail unter [info@ergotherapie-ianusch.de](mailto:info@ergotherapie-ianusch.de).

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, im Fall eines nicht rechtzeitig abgesagten Termins für den entstandenen Schaden aufzukommen (gemäß § 615 BGB). Dieser Betrag entspricht abzüglich ersparter Aufwendungen 80% der entfallenen Behandlungskosten.

Diese Regelung ist erforderlich, um die wirtschaftliche Grundlage des Praxisbetriebes zu erhalten. Sie sind ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass die Abwesenheitspauschale nicht von der gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird und Sie diese selbst zahlen müssen.

Bei Hausbesuchen und Behandlungen in Einrichtungen gilt diese Regelung gleichermaßen. Bitte klären Sie ab, wer hier für verantwortlich ist.

### **Entrichtung der Beträge für Privatrechnungen, Zuzahlungen und Ausfallrechnungen**

Die Rechnungen können ausschließlich via EC-Karte in der Praxis bezahlt werden.

Eine Rechnung für Ihren bezahlten Betrag erhalten Sie auf Wunsch per E-Mail oder in ausgedruckter Form.

# Patientenaufklärung

## Allgemein

Sie sind bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über Ihre Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden:

- Ja
- Nein

Sollte es im Rahmen der ergotherapeutischen Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese durchgeführt.

Die Praxis verpflichtet sich, die/den Klientin/en gemäß der ärztlichen Verordnung nach den zum heutigen Zeitpunkt bestehenden, allgemein anerkannten therapeutischen Standards zu behandeln.

## Sicherung des Therapieerfolgs bei akuten Erkrankungen

Um den bestmöglichen Erfolg Ihrer Therapie sicherzustellen und andere Klienten sowie unser Praxisteam zu schützen, bitten wir Sie, uns rechtzeitig zu informieren, falls Sie an einer akuten Erkrankung (z.B. starker Erkältung, Grippe oder anderen ansteckenden Krankheiten) leiden.

In solchen Fällen ist die Therapie oft wenig bis gar nicht wirkungsvoll, da der Körper durch die Erkrankung zusätzlich belastet wird, und es besteht die Gefahr, andere Personen anzustecken. Aus diesem Grund bitten wir Sie, einen Arzt aufzusuchen, sollten Ihre Symptome länger anhalten oder sich verschlimmern. Ein neuer Termin ist erst dann wieder in unserer Praxis sinnvoll, wenn Sie sich erholt haben.

Sollten Sie trotz akuter Erkrankung wissentlich zum Termin erscheinen und die Behandlung aufgrund Ihres Gesundheitszustandes nicht durchführbar sein, behalten wir uns vor, die therapeutische Behandlung abzulehnen und den Termin in Rechnung zu stellen (siehe Abwesenheitspauschale). Bitte informieren Sie uns daher rechtzeitig, damit wir den Termin verschieben und ohne zusätzliche Kosten neu vereinbaren können.

## Kommunikation

Im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung darf über folgende Medien Kontakt mit mir aufgenommen werden:

- Telefonisch \_\_\_\_\_
- Postalisch
- E-Mail \_\_\_\_\_
- WhatsApp Business \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Übermittlung personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten) durch die Praxis für Ergotherapie Claudia Janusch, über

ergänzende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen erfolgen darf. Terminänderungen oder – absagen meinerseits dürfen auch an meine Familienmitglieder weitergegeben werden, wenn ich gerade nicht erreichbar bin.

### **Mein Kind ist der/die Klient/in**

- Mein Kind darf allein zur Therapie kommen und/oder nach Hause gehen.
- Mein Kind darf den Erhalt der Behandlung am Behandlungstag gegenzeichnen (ab 10 Jahren).

### **Schweigepflichtentbindung**

Zur Durchführung der Therapie und zur reibungslosen Kommunikation entbinden Sie die Praxis für Ergotherapie Claudia Janusch und die nachstehend von Ihnen namentlich benannten Personen/Stellen untereinander von ihrer Schweigepflicht und sind insoweit damit einverstanden, dass diese Personen/Stellen wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander austauschen.

---

---

---

---

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Sie sind damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über Ihre Person sowie die für Ihre Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumentationen und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie. Ihnen ist bekannt, dass Sie diese freiwillig ausstellen. Sie haben davon Kenntnis, dass Sie diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Der Widerruf hat bei unserer Praxis zu erfolgen.

### **Foto- und Videoaufnahmen (optional)**

Ich bin damit einverstanden, dass ich/wir/meine Tochter/mein Sohn/mein Angehöriger während der ergotherapeutischen Behandlung als Teil des therapeutischen Prozesses fotografiert/gedreht werden (einschließlich Fallvorstellungen bei Kolleginnen und Kollegen innerhalb der Praxis).

Ich habe gegenüber dem oben genannten Einverständnis keine rechtlichen Einwände (insbesondere Schutz der Persönlichkeitsrechte) und verzichte auf alle Urheberrechte, die eventuell im Zusammenhang mit der Produktion der Aufnahmen und der Verwendung für den oben angegebenen Zweck stehen können.

### **Ausbildungsstätte**

Ich unterstütze die Ausbildung zur/m Ergotherapeuten/In.

Somit darf ich regelmäßig Auszubildende oder aber auch SchülerpraktikantInnen zur Berufswahl begleiten.

Ich sehe es als meine Aufgabe, dafür zu sorgen, jungen Menschen zu zeigen, wie großartig und anspruchsvoll unser Beruf ist.

Bitte sprechen Sie uns an, sofern Sie keine Hospitation oder geführte Therapieeinheiten von Auszubildenden wünschen.

### **Datenschutz**

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Datenverarbeitung durch die Praxis für Ergotherapie Claudia Janusch ein.

Für weitere Informationen bezüglich des Datenschutzes verweisen wir auf unsere Datenschutzvereinbarung (nach DSGVO). Diese haben Sie gelesen und sind über unsere Abläufe in Kenntnis gesetzt worden.

### **Geltung dieser Vertragsbedingungen**

Alle Regelungen dieses Behandlungsvertrages gelten für alle Erst- und Folgeverordnungen (kassenärztliche und privatärztliche Verordnungen), die Sie der Praxis zwecks Behandlungsdurchführung aushändigen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Folgebehandlungen ohne ärztliche Verordnung. Auch in diesem Fall gelten die vorstehenden Regelungen.

### **Einverständniserklärung**

Ich habe die Vertragsbedingungen sorgfältig gelesen und verstanden und erkläre mich mit diesen einverstanden. Des Weiteren erkläre ich hiermit ausdrücklich die Einwilligung zur Durchführung der Behandlung gemäß der ärztlichen Verordnung durch die Praxis für Ergotherapie Claudia Janusch.

Datum, Unterschrift Klient/in

---

Datum, Unterschrift Gesetzliche/r Vertreter/in des Klienten

---