

BEHANDLUNGSVERTRAG FÜR KASSEN- UND PRIVAT/BEIHILFE-KLIENT:INNEN



zwischen der Ergotherapie am Hafen Asweh & Ostermann GbR, Eichenbrink 7, 30453 Hannover

und

Klient:in (bzw. gesetzl. Vertreter:in)

Name, Adresse

Telefonnr., ggf. Email

1. Unsere Behandlungen finden nach dem Bestell-Prinzip statt, d.h. wir reservieren für Sie oder Ihr Kind exklusiv einen Zeitraum. Bitte kommen Sie daher pünktlich.
2. Sagen Sie ggf. mindestens 24 Stunden (auch Montagstermine) vorher ab - per Telefon/AB oder per Email/Nachricht an die Therapeut:in (nachname@ergotherapie-hafen.de). Für einen nicht rechtzeitig abgesagten Termin stellen wir immer 40€ Ausfallgebühr in Rechnung, - auch bei Vorlage eines Attests.
3. Sollte aufgrund von formalen Fehlern eine Rezeptänderung notwendig sein, ist der/die Klient:in verantwortlich die Korrektur bei der verordnenden Ärzt:in einzuholen.
4. Wir speichern Ihre Daten gemäß Art.9 Abs.2 lit. h DSGVO. Wir nutzen sie für die Dokumentation Ihres Behandlungsverlaufs, die Abrechnung mit Ihnen oder der Krankenkasse und die Terminvereinbarung. Wir sind gesetzlich verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Behandlungsende aufzubewahren. Wir behandeln alle Daten vertraulich und diskret. Neben unserer Praxis verarbeitet unser Praxissoftware-Dienstleister iprax GmbH & Co. KG München die verschlüsselten Daten.
 - ☐ Ich bin einverstanden, dass zur therapeutischen Dokumentation Bilder oder kurze Videos angefertigt und geschützt gespeichert werden.
 - Ich bin einverstanden über kurzfristige Terminänderungen über den WhatsApp- oder Signal-Account der-Praxis informiert zu werden
 - Ich bin einverstanden über kurzfristige Terminänderungen, Terminerinnerungen oder Rechnungen per Email erreicht zu werden.
5. **Kassenklient:innen** ab 18 Jahren zahlen i.d.R. 10€ pro Verordnung und 10% der Gesamtkosten (i.d.R. 102-170€) nach dem ersten Termin. Bei vorzeitiger Beendigung der Behandlung erstatten anteilig zurück. Bei einer „Blankoverordnung“ erfolgt die Zuzahlung beim Abschluss.
6. **Privat- und Beihilfeklient:innen:** Unabhängig vom Eintreten der Versicherung verpflichte ich mich die Kosten der Behandlung in voller Höhe zu tragen. Die Rechnung ist innerhalb von vier Wochen nach Zustellung zu begleichen, auch wenn eine Kostenerstattung noch nicht oder nur teilweise erfolgt ist. Erziehungsberechtigte treten für Forderungen ihrer Kinder ein. Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer PKV. Gültig ist die beigelegte Kostentabelle.

Nur Privat/Beihilfe-Klient:innen: Ich habe die umseitige Kostentabelle zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Datum

Unterschrift des/der Klient:in, (bzw. gesetzl. Vertreter:in)

KOSTENÜBERSICHT PRIVAT- UND BEIHILFE-KLIENT:INNEN

Leider existieren keine verbindlichen Vereinbarungen der privaten Krankenversicherer für ergotherapeutische Leistungen. Daher berechnen wir den 1,8 fachen Regelsatz der gesetzlichen Kassen.

Bitte informiere Sie sich ggf. bei Ihrer Privaten Krankenversicherung welche Beträge übernommen werden. Unabhängig vom Eintreten der Versicherung sind die Kosten der Behandlung in voller Höhe ggf. persönlich zu tragen. Einige Versicherungen/Beihilfen erstatten nicht den vollen Rechnungsbetrag. Die Rechnung wird mit Erhalt fällig. Nach Überschreiten der gesetzlichen Zahlungsfrist erheben wir eine Mahngebühr.

Heilmittel	Kosten pro Termin Privatklient:in	Kosten für Verordnung 10 Termine	Kosten pro Termin Bei- hilfe Klient:in	Kosten für Verordnung 10 Termine
Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	74,63 €			49,75 €
Motorisch-funktionelle Behandlung: 30 min	102,47 €	1.024,74 €	68,32 €	683,16 €
Hirnleistungstraining, 30 min	102,47 €	1.024,74 €	68,32 €	683,16 €
Sensomotorisch-perzeptive Behandlung 45 min	136,64 €	1.366,38 €	91,09 €	910,92 €
Psychisch-funktionelle Behandlung, 60 min	170,80 €	1.708,02 €	113,87 €	1.138,68 €
Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Beratung Integration in das häusliche und soziale Umfeld	328,52 €		219,01 €	2.190,12 €
Psychisch-funktionelle Behandlung: Beratung Inte- gration in das häusliche und soziale Umfeld	274,18 €		182,78 €	1.827,84 €
Hausbesuch inclusive Wegegeld	49,61 €	496,08 €	33,07 €	330,72 €
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung/Gemein- schaft inclusive Wegegeld	32,35 €	323,46 €	21,56 €	215,64 €

KOSTENÜBERSICHT ZUZAHLUNG GESETZLICHE KRANKENKASSE

Behandlungsform	Zuzahlung 10 Termine	Zuzahlung 20 Termine
Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs	41,46 €	82,92 €
Motorisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, 30 min	56,93 €	113,86 €
Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: Einzelbehandlung, 45 min	75,91 €	151,82 €
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining: Einzelbehandlung, 30 min	56,93 €	113,86 €
Psychisch-funktionelle Behandlung: Einzelbehandlung, 60 min	94,89 €	189,78 €
Hausbesuch inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	27,56 €	55,12 €
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft inclusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	17,97 €	35,94 €
Jeweils zuzüglich Verordnungsgebühr von	10,00 €	

gültig für alle Therapien ab 1.Juli 2025