

1. Behandlungsvertrag



Praxis Ergo und Hand, Bad Schwartau

und Patient: _____

Vor- und Nachname, Adresse, Telefonnummer

Da unsere Praxis als **Bestellpraxis** geführt wird, ist jeder mit vereinbarte Termin ausschließlich für ihn reserviert! Aus diesem Grund **sagen Sie bitte Termine ab**, die Sie nicht wahrnehmen können, **mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin!**

Für **nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine** wird Ihnen **automatisch eine Rechnung in Höhe von 48,50 EUR, Privatpatienten in Höhe von 60,00 EUR** zugeschickt.

Sollten Termine mehrfach unbegründet nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor sämtliche Termine zu streichen.

Zu kurzfristig abgesagten Terminen zählen auch plötzlich auftretende Krankheiten, Unfälle, spontane nicht vorhersehbare Termine Ihrerseits oder Verkehrsverhinderungen!

Sollten Sie krankheitsbedingt absagen müssen, verzichten wir selbstverständlich bei Nachweis von einem Arzt auf eine Ausfallrechnung! Außerdem sind wir natürlich immer gesprächsbereit, sollten Sie einen begründeten und unverschuldeten Ausfall haben.

Wir bemühen uns selbstverständlich Termine anderweitig zu vergeben um Ihnen somit entgegen zu kommen, können dies aber nicht garantieren.

Termine die anderweitig vergeben werden konnten oder von Ihnen beglichen wurden, werden im Terminplan neu terminiert, so dass die Behandlungsserie optimal abgeschlossen werden kann.

Patienten die Leistungen der Krankenkassen quittieren, ohne diese Leistungen erhalten zu haben, können strafrechtlich belangt werden, dies gilt ebenso für die Praxis und kann in Zulassungsentzug und hoher Geldstrafe enden.

2. Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine personen- und behandlungsbezogenen Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden. Es werden keine Daten und Informationen, ohne meine Erlaubnis, an unbefugte Dritte weitergegeben.

Eine Weitergabe von personen-/ und behandlungsbezogenen Daten erfolgt nur an den verordnenden Arzt, von abrechnungsbezogenen Daten nur an die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum.

- 1. Ich entbinde die Praxis ERGO und HAND, Baptist Peltner von der Schweigepflicht, folgenden Stellen/ Personen gegenüber:**
Baptist Peltner, Swantje Walter, Celina Kohlenberg, Laura Wussow, Maike Werner und ev. ein(e) Praktikant*in
Dr. Wilde, Dr. Lutz, Plastische Handchirurgie am UKSH Lübeck, Lisa Samoray, _____
- 2. Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten, Unterlagen, Schriftstücke an o.g. Person/en übermittelt werden können:** Sämtliche Berichte, Testergebnisse, Befunde, generelle Kommunikation über Krankheitsverlauf
- 3. Ich bin damit einverstanden, dass die unter Punkt 2 aufgeführten Daten für folgende Zwecke weitergegeben werden dürfen:**
 - Zum Zweck einer Beratung
 - Zur Weiterleitung an den medizinischen Dienst meiner Krankenkasse
 - Zur Weiterbehandlung in einer anderen Praxis
 - Zur Abrechnung über die Abrechnungsfirma
 - Für den interdisziplinären/fachübergreifenden Austausch mit

Ich bin ~~damit einverstanden, dass meine personen- und~~ _____ behandlungsbezogenen Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden. Es werden keine Daten und Informationen, ohne meine Erlaubnis, an unbefugte Dritte weitergegeben.

Eine Weitergabe von personen-/ und behandlungsbezogenen Daten erfolgt nur an den verordnenden Arzt, von abrechnungsbezogenen Daten nur an die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum. während des Behandlungszeitraums.

4. Dauer der Erklärung

Die Entbindung von der Schweigepflicht ist gültig während des Behandlungszeitraums

5. Widerruf

Mir ist bekannt, das ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

3. Patienteninfo

1. Eine therapeutische Behandlungsdauer wird immer in einer Bruttozeit angegeben. Je nach Therapieform sind die unterschiedlichen Behandlungszeiten von den Rahmenbedingungen durch die Krankenkassen vorgegeben. **Eingeschlossen** sind für uns verpflichtend, ein **ausführlicher Eingangsbefund, eine Dokumentation und eine Beratung und Aufklärung, sowie ggf. ein abschließender Arztbericht - während der Behandlungszeit.**

2. Privat versicherte Patienten weisen wir darauf hin, dass je nach Versicherung und deren Tarife **nicht alle Leistungen in voller Höhe erstattet werden.**

3. Für gesetzlich Versicherte ab dem 18. Lebensjahr ist hier bei uns eine **Zuzahlung** zu entrichten, die **nach Abschluss eines Rezeptes von der AS Bremen eingefordert wird.**

Patienten mit einer **Zuzahlungsbefreiung** legen bitte ihren gültigen Befreiungsausweis vor.

4. Sie **erreichen uns immer** telefonisch über unseren Anrufbeantworter, per SMS oder per Mail.

Rufen Sie uns bei **Terminänderungswünschen**, aber auch **Absagen** immer so schnell wir möglich an.

5. Da wir als Ergotherapiepraxis auch **Notfälle** behandeln oder **notfallmäßig Schienen** anfertigen müssen, kann es sein, dass es zu **kurzfristigen Terminänderungen** kommt, um diese Patient schnellstmöglich und optimal zu versorgen.

Zuzahlungstabelle (10%)

für **gesetzlich versicherte Patienten:**

	1x	2x	3x	6x	8x	10x
FAA	4,30	(einmalig bei Erstkontakt)				
MFB	5,90	11,80	17,7	35,40	47,20	59,00
THA	0,88	1,76	2,64	5,28	7,04	8,80

4 . Vorerkrankungen:

Liegen bei Ihnen/Ihrem Kind/Ihrem Angehörigen relevante Vorerkrankungen vor?

O nein

O Ja folgende: _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und stimme den Punkten 1-4 zu.

Datum / Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

PRIVATPATIENTEN/Beihilfe



Behandlungsvertrag

zwischen

ERGO und HAND • Eutiner Ring 8a • 23611 Bad Schwartau

und

Die Vertragspartner vereinbaren aufgrund der ärztlichen Diagnose vom

Die Erbringung folgender Leistungen:
Leistungskatalog der Praxis ERGO und HAND:

Funktionsanalyse (findet innerhalb des ersten Behandlungstermins statt (einmalig)) **64,05 EUR**

Schiene _____ EUR

motorisch funktionelle Behandlung **85,86 EUR**
30 Minuten (incl. Kinesio-Taping, Flossing, Pulsationsmassage, Physiokey)

sensomotorisch perzeptive Behandlung **115,60 EUR**
45 Minuten (incl. Kinesio-Taping, Flossing, Pulsationsmassage, Physiokey)

Thermische Anwendung **13,15 EUR**

Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht **11,80EUR**

Der Kunde wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die oben angekreuzten Leistungen nicht oder nur teilweise seitens der Erstattungsstelle gewährleistet ist. Er ist darüber informiert, dass er das **vereinbarte Honorar in voller Höhe** zu tragen hat. Die Vergütung ist stets sofort nach Rechnungsstellung fällig.

PRIVATPATIENTEN

Der Kunde willigt ein, dass die Therapeuten der Praxis jederzeit während der laufenden Behandlung den behandelnden Arzt konsultieren können. Dieser wird durch die folgende Unterschrift für die Dauer der Behandlung von der Schweigepflicht entbunden.

Behandlungskosten: In seltenen Fällen kann es sein, dass die Krankenkasse nicht alle Kosten übernimmt. In diesem Fall müssen die Kosten privat vom Patienten /von der Patientin getragen werden.

Wichtige Hinweise:

- 1. Diese Vereinbarung gilt ausschließlich zwischen der Praxis Ergotherapie und Handrehabilitation Baptist Peltner und der/dem Patientin / -en.**

Vertragliche Abreden zwischen Patient/-in und der Krankenkasse berühren diese nicht.

- 2. Eine allgemein verbindliche Gebührenordnung der privaten Krankenkassen bzw. der Beihilfe gibt es nicht – diese Institutionen legen ihre jeweils eigene erstattungsfähige Höchstgrenze fest.**

- 3. Wenn der vereinbarte Termin nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wird, fällt eine Ausfallgebühr von 75 % des für die Behandlung vereinbarten Honorars an.**

Ich bin mit diesen Gebührensätzen einverstanden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die für die Abrechnung notwendigen Daten an eine externe Abrechnungsstelle weitergegeben werden.

Datum

Datum/ Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Zahlungspflichtigen