

## Therapievertrag

### zur Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung

zwischen

Praxis für Ergotherapie des FrauenTherapieZentrums-

FTZ München gemeinnützige GmbH,

Blutenburgstr. 19, 80636 München

und

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ich habe mich entschieden, das Angebot der ergotherapeutischen Behandlung zu nutzen.**

Ich bin über Folgendes informiert worden:

- Die ergotherapeutische Behandlung kann nur mit einer ärztlichen **Heilmittelverordnung** durchgeführt werden.
- Aus kassenrechtlichen Gründen kann die ergotherapeutische Behandlung nicht länger als 14 Tage unterbrochen werden (ggf. Ausnahme: Klinik oder Urlaub). Der Erfolg der ergotherapeutischen Behandlung setzt eine regelmäßige Teilnahme voraus.
- **Termine müssen rechtzeitig, d. h. 24 Stunden vor dem Termin abgesagt werden.** Das gilt für Einzeltherapien sowie für Gruppen und Belastungserprobungsgruppen gleichermaßen. Ansonsten stellen wir Ihnen die ausgefallene Stunde in Rechnung.
- Es entstehen für mich **Zuzahlungskosten** in Höhe von 10 Euro pro Heilmittelverordnung plus 10% der Behandlungskosten.
- Es besteht ggf. die Möglichkeit einer Befreiung von der Zuzahlung. Informationen hierzu erteilen die Krankenkassen.
- Daten zu meiner Person und Inhalt der ergotherapeutischen Behandlung werden innerhalb des Ergotherapieteams zu fachlichen Zwecken ausgetauscht.
- Im Falle einer gesetzlichen Krankenversicherung erhält die/der überweisende Ärztin/Arzt in regelmäßigen Abständen einen individuellen Therapiebericht und einen standardisierten Gruppenbericht. Bei Privatversicherungen kann auf Wunsch ein ausführlicher ergotherapeutischer Bericht erstellt werden. Auf Grundlage der „Gebührenübersicht für Privatpatienten“ werden wir hierfür eine Rechnung in Höhe von 30,00 EUR erstellen.

Bei Privatpatientinnen:  Therapiebericht gewünscht  Therapiebericht nicht gewünscht

- In Ausnahmefällen können sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien von Kolleginnen vertreten werden, um den Praxisbetrieb aufrecht zu erhalten und die Kontinuität der Therapien zu gewährleisten.
- Im Falle einer Krisenintervention kann das Ergotherapie-Team bei Bedarf den mobilen Krisendienst hinzuziehen.

Bei akuten Krisen entbinde ich das Team von der Schweigepflicht gegenüber:

Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

- In allen weiteren Fällen dürfen persönliche Daten und Inhalte der Therapie nur mit meiner **Schweigepflichtsentbindung** an andere Personen des Helferkreises (wie z. B. gesetzliche Betreuer(innen), psychosoziale Betreuer(innen) von TWG, BEW, Psychotherapeut(in)en) weitergegeben werden.
- Innerhalb der Gruppe verhalte ich mich so, dass ich den anderen Gruppenmitgliedern und mir selbst gegenüber mit Respekt begegne.
- Angaben über andere Patientinnen werde ich nicht nach außen weitergeben.
- In der Behandlungsstunde werde ich keinen Alkohol und keine nicht ärztlich verordneten Medikamente und Drogen konsumieren bzw. unter Einfluss solcher Drogen stehen. Mein BMI (Body-Mass-Index) ist über 16. Hierzu können Sondervereinbarungen getroffen werden (s. zusätzliche Vereinbarungen).
- Eine Adressenänderung und einen Wechsel der Krankenkasse teile ich der Verwaltung der Ergotherapiepraxis mit.

München, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ergotherapeutin

Zusätzliche Vereinbarungen:

---



---



---



---



---



---



---