



FrauenTherapieZentrum –
FTZ gemeinnützige GmbH

FTZ- Praxis für Ergotherapie

Therapievertrag

zur Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung

zwischen

FrauenTherapieZentrum – FTZ Gemeinnützige GmbH

FTZ- Praxis für Ergotherapie

Blutenburgstr. 19 • 80636 München

und

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geb. am: _____ Tel.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Ich habe mich entschieden das Angebot der ergotherapeutischen Behandlung zu nutzen und bin über Folgendes informiert worden:

- Die ergotherapeutische Behandlung kann nur mit einer ärztlichen **Heilmittelverordnung** durchgeführt werden.
- Aus kassenrechtlichen Gründen darf die Therapie nicht länger als 14 Tage unterbrochen werden (Ausnahmefälle: Klinikaufenthalt oder Urlaub). Je Verordnung ist maximal eine Abweichung im Sinne der Ausnahmefälle bis max. 28 Tage möglich. Der Erfolg der ergotherapeutischen Behandlung setzt eine regelmäßige Teilnahme voraus.
- Eine ergotherapeutische Behandlung erfordert meine kontinuierliche Mitarbeit. **Absagen sind nur in Ausnahmefällen möglich und müssen rechtzeitig, d.h. 24 Stunden vor dem Termin, abgesagt werden.** Das gilt für Einzeltherapien sowie für Gruppentherapien gleichermaßen. Ansonsten bekomme ich den ausgefallenen Termin in Rechnung gestellt.
- 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. Mehr Informationen über die Beantragung einer Befreiung erteilen die Krankenkassen.
- Wenn ich bereits zuzahlungsbefreit bin, händige ich **zu Beginn der Therapie und bei jedem Jahreswechsel eine Kopie meines Befreiungsausweises** aus. Bei nicht rechtzeitig vorgelegtem Ausweis muss ich die Zuzahlungsrechnung selbst bezahlen und das Geld bei meiner Krankenkasse zurückfordern.
- Daten zu meiner Person und Inhalt der ergotherapeutischen Behandlung werden innerhalb des Ergotherapieteams zu fachlichen Zwecken ausgetauscht. Die FTZ Praxis für Ergotherapie ist gesetzlich verpflichtet, die berufsständische Schweigepflicht und die aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten. Siehe gesondertes Informationsblatt zu Datenschutz und Schweigepflicht als Zusatz zum Therapievertrag.
- Im Falle einer gesetzlichen Krankenversicherung erhält die/der überweisende Ärztin/Arzt in regelmäßigen Abständen einen individuellen Therapiebericht und einen standardisierten Gruppenbericht.

- 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 Klientinnen 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 (BodyMass-Index) ist über 16. Hierzu können Sondervereinbarungen getroffen werden (s. zusätzliche Vereinbarungen).
- Eine Adressenänderung und einen Wechsel der Krankenkasse teile ich der Verwaltung der FTZ Praxis für Ergotherapie mit.

München, den _____

Unterschrift Klientin

Unterschrift Ergotherapeutin

Zusätzliche Vereinbarungen:
