



FrauenTherapieZentrum -
FTZ gemeinnützige GmbH
Praxis für Ergotherapie
THEA mobil

Therapievertrag

zur Durchführung der ergotherapeutischen Behandlung

zwischen

FrauenTherapieZentrum – FTZ Gemeinnützige GmbH

Praxis für Ergotherapie – THEA mobil

Blutenburgstr. 19 • 80636 München

und

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Geb. am: _____ 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 bis maximal 28 Tage).
- Eine ergotherapeutische Behandlung erfordert Kontinuität, um Erfolge zu erzielen. Absagen sind deshalb nur in Ausnahmefällen möglich und müssen rechtzeitig (24 Stunden vor dem Termin) abgesagt werden. Ansonsten wird eine Ausfallrechnung erstellt.

- 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.
- 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.
- Es gelten die aktuellen Datenschutz- und Schweigepflichtregelungen (s.h. Zusatzblatt). Daten zu meiner Person und Inhalt der ergotherapeutischen Behandlung werden nur innerhalb des Ergotherapie-Teams zu fachlichen Zwecken oder für Vertretungssituationen ausgetauscht.
- Es werden bei Bedarf koordinierende Leistungen durchgeführt. In diesen Fällen dürfen persönliche Daten und Inhalte der Therapie nur mit einer Schweigepflichtentbindung an andere Personen des Helferkreises weitergegeben werden.
- Im Falle eines Notfalls kann bei Bedarf die behandelnde Ärztin oder eine Vertrauensperson, gegenüber welcher die Ergotherapeutin von der Schweigepflicht entbunden ist, hinzugezogen werden.
- In der Behandlungsstunde werde ich keinen Alkohol und keine nicht ärztlich verordneten Medikamente bzw. Drogen konsumieren oder unter Einfluss solcher Drogen stehen.
- Eine Adressenänderung und einen Wechsel der Krankenkasse teile ich meiner Ergotherapeutin mit.

München, den _____

 Unterschrift
 Klientin

 Unterschrift
 Ergotherapeutin

 Unterschrift
 gesetzliche Betreuung