

Behandlungsvertrag für GKV-Versicherte (Kinder)

Zwischen

**der Praxis für Ergotherapie Julia Bauschke, Heinersdorfer Str. 39, 13086 Berlin/
Scherenbergstr. 25, 10439 Berlin**

und

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum:

Anschrift:

gesetzlich vertreten durch die Eltern
- im Nachfolgenden „Patient“ genannt -

und

Vor- und Nachname Mutter:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mail-Adresse:

und

Vor- und Nachname Vater:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mail-Adresse:

- im Nachfolgenden „Erziehungsberechtigte“ genannt -

wird nachfolgender

Behandlungsvertrag

geschlossen:

1. Der Patient ist gesetzlich krankenversichert. Es liegt eine ärztliche Verordnung über eine ergotherapeutische Behandlung vom(*Ausstellungsdatum der Verordnung*) vor.

Soll die ergotherapeutische Behandlung danach in der Praxis fortgesetzt werden, wird der Patient die entsprechende weitere ärztliche Verordnung vorlegen. Auch auf diese Fortsetzung finden die vorliegenden Vereinbarungen Anwendung.

2. Die Praxis verpflichtet sich, den Patienten gemäß der ärztlichen Verordnung nach den zum heutigen Zeitpunkt bestehenden, allgemein anerkannten therapeutischen Standards zu behandeln.

3. Der Patient und der/die Erziehungsberechtigten(n) bestätigen, dass sie zu Beginn der Behandlung von der Praxis über alle für die Behandlung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden ist, insbesondere über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie ergreifenden Maßnahmen. Der Patient und der/die Erziehungsberechtigte(n) bestätigen, dass sie insbesondere über die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und die Erfolgsaussichten der Therapie aufgeklärt worden sind.

4. Die Praxis vergibt Termine ausschließlich für den Patienten. Der Patient hat den vereinbarten Termin daher grundsätzlich auch wahrzunehmen. Kann ein Termin aus einem wichtigen Grund (z.B. Krankheit) nicht wahrgenommen werden, muss der Patient/der/die Erziehungsberechtigte(n) dies umgehend, spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin gegenüber der Praxis mitteilen. Bei nicht entschuldigten Terminen wird nach § 615 BGB eine Ausfallgebühr in Höhe von 30 Euro in Rechnung gestellt.

5. Der Patient sowie der/die Erziehungsberechtigte(n) erklären hiermit ausdrücklich ihre Einwilligung zur Durchführung der Behandlung gemäß der ärztlichen Verordnung durch die Praxis.

6. Der Patient sowie der/die Erziehungsberechtigte(n) bestätigen, dass ihnen ein Exemplar dieser Vereinbarung ausgehändigt worden ist.

7. Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht: Der Patient sowie der/die Erziehungsberechtigte(n) sind damit einverstanden, dass personen- und behandlungsbezogene Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden. Es werden keine Daten und Informationen ohne Erlaubnis, an unbefugte Dritte weitergegeben.

Es wird einer Weitergabe der Daten zum interdisziplinären/fachübergreifenden Austausch mit der verordnenden Arztpraxis und behandelnden Therapeuten sowie ausschließlich abrechnungsbezogener Daten an die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum zugestimmt.

Diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ihre Gültigkeit erlischt mit dem Ende der Behandlung bzw. der Abrechnung der Verordnung.

8. Foto- und Videoaufnahmen: Fotos und Videos dürfen zu Dokumentationszwecken und zur Befundanalyse innerhalb der Einrichtung verwendet werden. Sie dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Davon abweichende Modalitäten bedürfen der Schriftform.

9. Therapieberichte: Die vom behandelnden Arzt/Ärztin angeforderten Therapieberichte dürfen via Mail und/oder Fax übermittelt werden. Für den Faxversand nutzt die Praxis die Homepage simple-fax.de.

Berlin, den

.....
(Unterschrift Patient)

.....
(Unterschrift/en Erziehungsberechtigte/r)

.....
(Unterschrift Praxis)