

Behandlungsvertrag für privat 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 der Mutter:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mail-Adresse:

und

Vor- und Nachname des Vaters:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mail-Adresse:

- im Nachfolgenden „Erziehungsberechtigte“ genannt -

wird nachfolgender

Behandlungsvertrag

geschlossen:

1. Der Patient ist privat krankenversichert bei der
(Name der Versicherungsgesellschaft), Versicherungs-Nr.:
(Nummer der Police, falls bekannt). 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 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, allgemeinen anerkannten therapeutischen Standards zu behandeln.

3. Dem Patienten und den Erziehungsberechtigten ist bekannt, dass eine Erstattung der Vergütung durch die kostenerstattenden Stellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Die Praxis weist in der gesondert ausgehändigten **Honorarvereinbarung** darauf hin, welche Behandlungskosten entstehen werden. Die Praxis behält sich vor Zwischenrechnungen zu erstellen.

Unabhängig vom Eintreten der Krankenversicherung/der Beihilfe verpflichten sich Patient und Erziehungsberechtigte, an die Praxis für Ergotherapie für die unter Ziffer 2 vereinbarte Behandlung eine Vergütung der von ihnen gewünschten ergotherapeutischen Behandlungen als Gesamtschuldner zu bezahlen.

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

5. 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 bzw. 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.

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

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 ab-

rechnungsbezogener 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 de 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)