



Praxis für Ergotherapie
Praxis für Chinesische Medizin

Dehnhaide 71
22081 Hamburg

Telefon 040 53 00 59 53
Fax 040 53 00 50 52
kontakt@praxis-rg.de
www.praxis-rg.de

Behandlungsvereinbarung

Praxis für Ergotherapie Roberto Guardabasso

1. Patientendaten

Name	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Krankenkasse / Versicherung	

2. Gegenstand der Behandlung

Die Praxis für Ergotherapie Roberto Guardabasso erbringt ergotherapeutische Leistungen auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung, einer sonst zulässigen Verordnung bzw. im Rahmen einer Selbstzahlvereinbarung. Die Behandlung erfolgt nach den zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden fachlichen Standards.

3. Einwilligung und Aufklärung

Mit Beginn der Behandlung erklären Sie sich mit der Durchführung der vereinbarten ergotherapeutischen Maßnahmen einverstanden. Sie können jederzeit Fragen zu Behandlung, angewandten Maßnahmen und Therapiezielen stellen. Bitte informieren Sie die Praxis über relevante gesundheitliche Veränderungen, Beschwerden oder andere Umstände, die für die Behandlung von Bedeutung sein können.

4. Therapieziele und Behandlungserfolg

Die individuellen Therapieziele werden – soweit erforderlich – gemeinsam besprochen und im Behandlungsverlauf überprüft. Ein bestimmter Behandlungserfolg kann nicht garantiert werden.

5. Mitwirkung des Patienten

Eine erfolgreiche Therapie setzt grundsätzlich eine aktive Zusammenarbeit voraus. Dazu gehört insbesondere, vereinbarte Termine zuverlässig wahrzunehmen, relevante gesundheitliche Veränderungen mitzuteilen und therapeutische Empfehlungen bzw. Eigenübungen im Rahmen der eigenen Möglichkeiten umzusetzen. Bei Fragen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Praxis.

6. Dokumentation und Patientenakte

Die wesentlichen Inhalte der Behandlung werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in der Patientenakte dokumentiert. Die Behandlungsakte wird grundsätzlich mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt, soweit keine längeren gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelten. Sie haben das Recht auf Einsicht in Ihre Behandlungsakte. Auf Wunsch können Sie Abschriften bzw. elektronische Kopien erhalten; die erste Abschrift wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt.



Praxis für Ergotherapie
Praxis für Chinesische Medizin

Dehnhai 71
22081 Hamburg

Telefon 040 53 00 59 53
Fax 040 53 00 50 52
kontakt@praxis-rg.de
www.praxis-rg.de

7. Gesetzlich Versicherte

Bei gesetzlich versicherten Patienten erfolgt die Abrechnung der verordneten und zugelassenen Heilmittelleistungen grundsätzlich mit der jeweiligen Krankenkasse. Sofern eine gesetzliche Zuzahlungspflicht besteht, ist die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung zu entrichten. Sie beträgt grundsätzlich 10 % der Kosten der Heilmittel sowie 10 Euro je Verordnung, soweit keine gesetzliche Befreiung vorliegt. Eine bestehende Zuzahlungsbefreiung ist der Praxis nachzuweisen.

8. Privatversicherte und Selbstzahler

Bei privat versicherten Patienten und Selbstzahlern richtet sich die Vergütung nach der jeweils vereinbarten bzw. vor Beginn der Behandlung mitgeteilten Vergütung. Die Rechnung ist unabhängig davon zu begleichen, ob und in welcher Höhe die private Krankenversicherung oder Beihilfestelle die Behandlungskosten erstattet. Eine vollständige oder teilweise Erstattung durch den Kostenträger kann von der Praxis nicht garantiert werden.

9. Nicht verordnete bzw. zusätzliche Leistungen

Leistungen, die nicht Bestandteil einer gesetzlichen Heilmittelverordnung sind oder nicht von einem Kostenträger übernommen werden, können nach vorheriger Vereinbarung als Selbstzahlerleistung erbracht werden. Vor Beginn einer solchen Leistung werden Sie über die entstehenden Kosten informiert.

10. Terminvereinbarung und Terminabsagen

Die Praxis arbeitet nach dem Prinzip der Bestellpraxis. Vereinbarte Behandlungstermine werden individuell für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder unentschuldigt versäumten Terminen kann ein Ausfallhonorar berechnet werden, sofern der reservierte Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte. Eine Abrechnung des Ausfallhonorars gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse ist nicht möglich.

11. Absage durch die Praxis

Sollte ein Behandlungstermin durch die Praxis abgesagt oder verschoben werden müssen, werden wir Sie möglichst frühzeitig informieren und – soweit möglich – einen Ersatztermin anbieten.

12. Beendigung der Behandlung

Sie können die Behandlung jederzeit beenden. Auch die Praxis kann eine Behandlung aus wichtigem Grund beenden. Ein wichtiger Grund kann insbesondere vorliegen, wenn eine weitere Behandlung aufgrund wiederholter unentschuldigter Terminversäumnisse, erheblicher Zahlungsrückstände, fehlender notwendiger Mitwirkung oder eines unzumutbaren Verhaltens gegenüber Mitarbeitenden der Praxis nicht mehr sinnvoll oder zumutbar ist. Gesetzliche oder vertragliche Ansprüche bleiben hiervon unberührt.

13. Datenschutz und Schweigepflicht

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen und insbesondere gesundheitsbezogenen Daten erfolgt nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die ausführlichen Informationen entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung der Praxis. Eine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber bestimmten Personen oder Stellen erfolgt – soweit erforderlich – durch eine gesonderte Erklärung.

14. Schlussbestimmungen



Praxis für Ergotherapie
Praxis für Chinesische Medizin

Dehnhai 71
22081 Hamburg

Telefon 040 53 00 59 53
Fax 040 53 00 50 52
kontakt@praxis-rg.de
www.praxis-rg.de

Diese Behandlungsvereinbarung bildet zusammen mit einer gegebenenfalls abgeschlossenen Honorarvereinbarung sowie den jeweils geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen die Grundlage der Behandlung. Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt.

Erklärung des Patienten

Ich bestätige, die vorstehende Behandlungsvereinbarung gelesen und verstanden zu haben. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, und erkläre mich mit der Durchführung der vereinbarten ergotherapeutischen Behandlung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Name des gesetzlichen Vertreters (falls erforderlich)
