



### Behandlungsvertrag

zwischen

Ergotherapie Praxis Nadine Müller-Arenz  
Drachenburgstraße 68b  
53179 Bonn

und

Frau/Herrn: \_\_\_\_\_

(Klient)

\_\_\_\_\_

(Anschrift)

oder bei Kindern:

\_\_\_\_\_

(Name / Vorname / Anschrift aller Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_

(Name / Vorname / Anschrift aller Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_

(Name / Vorname, Geburtsdatum des Kindes)

#### **1. Regelgerechte ergotherapeutische Behandlung**

Die Einrichtung verpflichtet sich, die Therapie regelgerecht und nach den aktuellen Heilmittelrichtlinien für Ergotherapie durchzuführen.

#### **2. Regelmäßige Teilnahme**

Der Klient / die Erziehungsberechtigten verpflichten sich der regelmäßigen Teilnahme an den verabredeten Terminen bzw. dafür Sorge zu tragen, dass das Kind regelmäßig zu den Terminen erscheint.

#### **3. Mitarbeit der Erziehungsberechtigten bei der Behandlung von Kindern**

Die Erziehungsberechtigten verpflichten sich, sich aktiv am therapeutischen Prozess zu beteiligen und die ergotherapeutischen Beratungsinhalte bestmöglich umzusetzen, um die Behandlungsergebnisse zu sichern und das Wirtschaftlichkeitsgebot zu unterstützen.



#### 4. Schweigepflichtentbindung

Ich willige hiermit ein, dass die behandelnde Ergotherapeutin der Schweigepflicht, gegenüber den folgenden Personen in unterschiedlichen Rollen (z.B. Lehrer, Ärzte, Erzieher) zum Zweck des gegenseitigen Informationsaustauschs, entbunden ist.

**Name, Rolle:**

**Einrichtung:**

**Telefonnummer / Email:**

**Name, Rolle:**

**Einrichtung:**

**Telefonnummer / Email:**

**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_ (Klient)

oder bei Kindern:

**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_ (Erziehungsberechtigte/r)

**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_ (Erziehungsberechtigte/r)



### **5. Terminverhinderung**

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat, in Höhe der Vergütungsregelung, in Rechnung gestellt werden.

### **6. Abbruch der Therapie**

Die Leitung behält sich vor, die Therapie abubrechen, sofern Behandlungen wiederholt unentschuldigt nicht wahrgenommen werden.

### **7. Folgeverordnung**

Mir ist bekannt, dass die Therapie abgebrochen wird, wenn die Folgeverordnung nicht spätestens bis zur 3. Behandlung vorliegt und die bisher geleisteten Behandlungen privat, in Höhe der Vergütungsregelung, in Rechnung gestellt werden.

### **8. Keine gültige Verordnung**

Sollte bei Therapiebeginn oder während der laufenden Therapie keine gültige Verordnung vorliegen, verpflichte ich mich, die Kosten privat zu übernehmen.

### **9. Abrechnungszentrum**

Ich bin damit einverstanden, dass meine ärztliche Verordnung zur Abrechnung an ein Rechenzentrum weitergeleitet wird.

### **10. Foto- und Videoaufnahmen**

Für die Nutzung der Fotos / Videos gilt folgende Vereinbarung:  
Die Fotos / Videos dürfen zu Dokumentations- und Therapiezwecken innerhalb der Einrichtung verwendet werden. Sie dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich bin mit Fotos und Videoaufnahmen einverstanden

Bei Kindern:

\_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte/r)

\_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte/r)





## 11. Datenschutz

### A

Ihr Ansprechpartner in Sachen Datenschutz ist Frau Nadine Müller-Arenz (=Praxisinhaberin).

### B

Welche personenbezogenen Daten erheben wir und wozu:

Wir erheben personenbezogene Daten, sobald Sie ein Klient oder Kunde von uns werden. Das heißt, ab dem Moment, in dem Sie einen Termin für Sie oder Ihr Kind mit uns vereinbaren bzw. um einen Termin bei uns bitten.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir in der Praxis:

-Angaben zur Identifikation der Person (=Vor- und Zuname, Adresse, Geb. Dat., Versicherungsstatus).

-Kontaktdaten, um mit Ihnen in Kontakt zu treten / mit Ihnen zu kommunizieren (Telefonnummern, Emailadressen).

-sensible Daten:

Hierbei handelt es sich um Daten, die wir im Rahmen der Anamnese oder Befunderhebung erfragen/in Erfahrung bringen (z. B. im Gespräch oder durch Zeugnisse, ...).

-Gesundheitsdaten zur Behandlungsplanung und Befunderhebung (z. B. Vorbefunde, ...).

-Kontodaten (=Kontoinhaber, IBAN) dienen zur Abrechnung unserer erbrachten Leistungen.

### C

Dauer der Speicherung Ihrer Daten

Wir speichern Ihre Daten nur solange, wie sie für die Behandlung erforderlich sind sowie für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist (§630 f BGB 10 Jahre).



## 12. Kostenübernahme

Bei Privat- und Beihilfepatienten kann es sein, dass die Versicherung die Kosten nicht in voller Höhe übernimmt. Sollte dies so sein, verpflichte ich mich, den Differenzbetrag privat zu übernehmen.

Bei erwachsenen Klienten der gesetzlichen Krankenversicherung, ist pro Verordnung ein Eigenanteil selbst zu zahlen. Ausnahme: Befreiungsausweis liegt dem Klienten vor. Die Kosten des Eigenanteils setzen sich wie folgt zusammen:

- 10€ pro Heilmittelverordnung
- 10% der Behandlungskosten / Einheit

Die Punkte 1 bis 12 habe ich / haben wir (=jeder Erziehungsberechtigte) gelesen und bestätige/n den Behandlungswunsch von mir selbst oder für mein Kind.

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
(Klient)

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte/r)

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte/r)