

Honorarvereinbarung für ergotherapeutische Behandlungen

 Bitte ankreuzen: Privatpatient Beihilfe

für Patient: _____ geb. am: _____

versichert durch: _____ geb. am: _____

ggf. gesetzlicher Betreuer: _____

Straße/ Nr.: _____

PLZ/ Wohnort: _____

 Für die Verordnung vom _____ durchzuführenden Behandlungen werden
bis auf Weiteres auch für nachfolgende Verordnungen **folgende Gebührensätze** vereinbart
 (Grundlage: 2,0 facher Satz der Gesetzl. Krankenkassensätze vom 01.04.2023):

Positionsnr.	Beschreibung	Einzelpreis
ET-FA	Ergotherapeutische Funktionsanalyse/ Befunderhebung einschließlich Beratung, Erstellung eines Therapieplanes nach Kontaktaufnahme zu den behandelnden Ärzten sowie Bezugspersonen und weiteren (auch interdisziplinären) Therapeuten. Nur bei der ersten Behandlungsserie einmal abrechenbar in Kombination mit 1. Behandlungstermin.	67,42 €
ET-MFB	Motorisch- funktionelle Behandlung (30 Minuten)	90,38 €
ET-SPB	Sensomotorisch- perzeptive Behandlung (45 Minuten)	121,68 €
ET-HLT	Hirnleistungstraining (30 Minuten)	100,18 €
ET-PFB	Psychisch- funktionelle Behandlung (60 Minuten)	152,30 €
ET-HB	Hausbesuch incl. Wegegeld	44,80 €
ET-TA	Thermische Anwendung	13,84 €
ET-KB	Ergotherapeutischer Kurzbericht	52,00 €
ET-VB	Ergotherapeutischer Verlaufsbericht	115,00 €

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die oben genannten Leistungen nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden. Hiermit bestätigen ich, das ich darüber informiert wurde, dass ich das vereinbarte Honorar in voller Höhe zu tragen habe. Die Vergütung ist stets sofort fällig. Bei nicht rechtzeitiger Absage bis spätestens 24 Stunden vor einen vereinbarten Termin wird Ihnen die ergotherapeutische Behandlung entsprechend der obenstehenden Honorarsätze in Rechnung gestellt. Die Unterzeichner haben je eine Ausfertigung/ bzw. Kopie dieser Vereinbarung erhalten.

 Datum

 Unterschrift (Patient/Angehöriger/Bevollmächtigter)

 Unterschrift (Praxisleitung)