
Behandlungsvereinbarung

Liebe Klienten und Angehörige,
ich freue mich, dass Sie sich für eine ergotherapeutische Behandlung in der Privatpraxis ERGOSINN entschieden haben. Als Privatpraxis ERGOSINN schließe ich diesen Behandlungsvertrag mit Ihnen als Patient:in um Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu schaffen.

Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und die Behandlung einzuwilligen. Bitte Unterzeichnen Sie zusätzlich die beiliegenden Dokumente: Datenschutzvereinbarung, Schweigepflicht- Entbindung und/ oder Honorarvereinbarungen. Für Rückfragen stehe ich Ihnen vor der Unterzeichnung zur Verfügung.

Privatversicherte, Beihilfeversicherte und Selbstzahler:innen

- Die Kosten der Behandlung entnehmen Sie der beiliegenden Honorarvereinbarung.
- Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig und pünktlich zu zahlen- unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung.

Vereinbarte Termine

Wie viele andere ambulante Praxen ist ERGOSINN Privatpraxis eine Bestellpraxis für Privatpatienten und Selbstzahler. Das bedeutet, dass der vereinbarte Termin ausschließlich für Sie reserviert ist. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie, diesen spätestens 24 Stunden vorher telefonisch oder per E- Mail abzusagen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich Ihnen bei zu spät abgesagten oder versäumten Terminen die ausgefallene ergotherapeutische Behandlung entsprechend der mit Ihnen getroffenen Honorarvereinbarung in Rechnung stelle.

Bitte sagen Sie auch außerhalb der 24- Stunden- Regelung Ihren für Sie persönlich reservierten und verbindlichen Therapietermin nur in wirklich begründeten Fällen ab.

Die ERGOSINN Privatpraxis informiert Sie rechtzeitig, falls Termine verschoben oder abgesagt werden müssen. Sie erhalten einen Ersatztermin zur Erbringung der vereinbarten Leistung.

Ergotherapeutische Ziele

Ich möchte mit Ihnen gezielt an Ihren individuellen ergotherapeutischen Zielen arbeiten. Dazu benötige ich Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit und Ihre verbindliche Anwesenheit. Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, stehe ich Ihnen gerne zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung und nehme Sie in die Warteliste auf. Bitte besprechen Sie mit mir konkret Ihre persönlichen Therapieziele, die Sie mit Hilfe der Ergotherapie gemeinsam erreichen möchten.

Wenn Sie Ihre Therapieziele bald erreichen oder sogar schon erreicht haben, freue ich mich über Ihren Erfolg.

Stand 26.08.2024

Auf eine gute Zusammenarbeit, Alenka Ficko

Ort, Datum: _____

Unterschrift (Patient/
Angehöriger/ Bevollmächtigter)

Name des Patienten
(ausgeschrieben)

Praxisstempel
Unterschrift

Anmeldeformular

Name des Patienten: _____ Geb. am: _____

Name des Versicherten: _____ Geb. am: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Privatpatient Verordnender Arzt: _____

Name Ihrer Privaten Krankenkasse: _____

Selbstzahler Verordnender Arzt: _____

Name Ihrer Gesetzlichen Krankenkasse: _____

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden.

Die Ergotherapeutin Alenka Ficko ist berechtigt, Kontakt zu behandelnden Ärzten, Institutionen und Kliniken, in Absprache mit Ihnen, aufzunehmen. Sie verpflichtet sich gleichzeitig, diese Informationen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.

Ich habe die Patienteninformation erhalten und bin damit einverstanden.

Datum_____
Unterschrift