

HONORARVEREINBARUNG & BEHANDLUNGSVERTRAG

1. VERTRAGSPARTEIEN

Patient/in: _____
Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Kostenträger: ☐ Privatversicherung ☐ Selbstzahler

2. VERGÜTUNGSÜBERSICHT & LEISTUNGSVEREINBARUNG

Zwischen der mobilen Praxis ergonatur und dem/der oben genannten Patienten/in (bzw. gesetzlichen Vertreter/in) wird für die verordneten ergotherapeutischen Leistungen folgendes Honorar vereinbart:

Heilmittel / Leistung	Dauer / Einheit	Einzelpreis	Richtwert (10er)
Motorisch-funktionelle Behandlung	30 Min.	85,00 €	850,00 €
Sensomotorisch-perzeptive Behandlung	45 Min. (+15 Min. Vor-/Nachb.)	105,00 €	1.050,00 €
Psychisch-funktionelle Behandlung	60 Min. (+15 Min. Vor-/Nachb.)	135,00 €	1.350,00 €
Erstbefund / Funktionsanalyse (einmalig)	ca. 45–60 Min.	50,00 €	-
Schriftlicher Ergotherapie-Bericht	Ausarbeitung	30,00 €	-

Rabatt für Selbstzahler: Auf die oben genannten Preise wird ein Rabatt von 10 % gewährt.

Regelung für Hausbesuche & Fahrtkosten (Mobile Praxis):

- **Fahrtstrecke bis 15 km:** Im Behandlungspreis inbegriffen.
- **Fahrtstrecke ab dem 15. km:** Zzgl. 0,31 € pro Kilometer für jeden weiteren gefahrenen Kilometer der Anfahrt.

3. ALLGEMEINE BEHANDLUNGS- UND ZAHLUNGSBEDINGUNGEN

- Ärztliche Verordnung:** Die Behandlung erfolgt auf Grundlage einer ärztlichen Privaterordnung. Bei Behandlungen im Rahmen der Heilkunde ist eine solche vor Behandlungsbeginn vorzulegen.
- Kostenerstattung:** Die Vergütung ist unabhängig von der Höhe der Erstattung durch die private Krankenversicherung fällig. Die Erstattungssätze richten sich nach dem individuellen Tarif des Patienten. Etwaige Differenzbeträge sind vom Patienten selbst zu tragen.
- Abrechnung & Fälligkeit:** Das Honorar wird nach Rechnungsstellung ohne Abzug innerhalb von 14 Tagen fällig. Bei längeren Serie-Behandlungen können Zwischenrechnungen gestellt werden.
- Absage von Terminen (Ausfallhonorar):** Vereinbarte Termine sind exklusiv für den Patienten reserviert. Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, muss dieser mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Bei nicht rechtzeitiger Absage oder unentschuldigtem Fehlen wird die ausgefallene Behandlungseinheit privat in Höhe des vereinbarten Stundensatzes in Rechnung gestellt, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

4. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG & UNTERSCHRIFT

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vereinbarten Preise und Vertragsbedingungen zur Kenntnis genommen habe und mit diesen einverstanden bin. Eine Ausfertigung dieses Vertrages habe ich erhalten.

Ort, Datum: _____

Ort, Datum: _____

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

Unterschrift Therapeutin (ergonatur)