

## Honorarvereinbarung und Behandlungsvertrag

### für Privatversicherte

Zwischen Frau / Herrn \_\_\_\_\_ /

Gesetzliche:r Vertreter:in \_\_\_\_\_ und der

Praxis für Ergotherapie Mauretter Christian (Stadtplatz 5, 94327 Bogen / Von-Heyden-Str. 4, 93105 Tegernheim)

**Wird folgender Behandlungsvertrag mit Wirkung zum \_\_\_\_\_ 2024 vereinbart.**

**Gültigkeit: Verordnungen mit Ausstellungsdatum aus dem aktuellen Kalenderjahr**

Informieren Sie sich bitte vor Behandlungsbeginn / Vertragsabschluss über die Kostenübernahme durch Ihre Versicherung.

**Sollte Ihre Versicherung nicht den vollen von uns berechneten Betrag begleichen, fällt der Differenzbetrag zu Ihren Lasten.**

Die Rechnungsstellung für bereits erbrachte ergotherapeutische Leistungen erfolgt spätestens nach der 10. Behandlung. Als Zahlungsziel wird 15 Tage nach Rechnungserhalt vereinbart. Bei Überschreitung der Zahlungsfrist tritt automatisch Verzug ein, es werden also Mahngebühren und Zinsen fällig.

**Nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mind. 24 Stunden vor dem Termin) werden nach den vereinbarten Sätzen berechnet und erscheinen als gesonderte Rechnung, da sie nicht zu Lasten der privaten Versicherung abgerechnet werden dürfen.**

Dieser Vertrag ist beidseitig jederzeit kündbar. Bei Kündigung wird das ausstehende Honorar sofort fällig.

### Honorare für ergotherapeutische Behandlungen für Privatversicherte

Leistung	Betrag	Ihr Heilmittel	HPNV
<b>Motorisch funktionelle Behandlung</b> (30min)	59,00€		54102
<b>Sensomotorisch perzeptive Behandlung</b> (45min)	79,50€		54103
<b>Hirnleistungstraining</b> (30min)	65,00€		54104
<b>Psychisch-funktionelle Behandlung</b> (60min)	100,00€		54105
<b>Wegegeld pro km</b> (hin/zurück)	00,40€ / km		59907
<b>Hausbesuch</b> pro Behandlung	20,00€		59901
<b>Funktionsanalyse</b> (einmalig bei Behandlungsbeginn)	44,00€		54002
<b>Bericht</b> an behandelnden Arzt	35,00€		
<b>Thermische Anwendungen</b>	10,00€		54301
<b>Beratung zur Integration in das häusliche / soziale Umfeld</b> (1,5h)	140,00€		54111

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klient:in / gesetzliche Vertretung

\_\_\_\_\_  
Therapeut:in