



Honorarvertrag

- für Privatpatienten -

Name und Vorname des Versicherten: _____

Anschrift des Versicherten: _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Name / Geburtsdatum des Patienten: _____

Wir möchten darauf hinweisen, dass es ab Juni 2024 eine Vergütungserhöhung durch die gesetzlichen Krankenkassen gab. Diese führt demnach auch zu einer Erhöhung der Vergütung der ergotherapeutischen Leistungen durch Privatpatienten. Ich bin berechtigt das bis zu 3-fache des Satzes zu erheben, was aufgrund meiner Qualifikationen und Erfahrungen angemessen ist. Bei den Kosten für eine Behandlung rechne ich mit dem 1,4-fachen des Kassensatzes.

	<i>Zeit</i>	<i>für Sie in €</i>
Motorisch-funktionelle Behandlung	30 Minuten	73,88
Beratung zur Integration ins häusliche + soziale Umfeld	120 Minuten	140,71
Thermische Anwendung	Pro Anwendung	11,05
Hirnleistungstraining	30 Minuten	73,88
Beratung zur Integration ins häusliche + soziale Umfeld	120 Minuten	213,25
Sensomotorisch-perzeptive Behandlung	45 Minuten	98,50
Beratung zur Integration ins häusliche + soziale Umfeld	120 Minuten	255,51
Psychisch-funktionelle Behandlung	60 Minuten	123,13
Beratung zur Integration ins häusliche + soziale Umfeld	120 Minuten	213,25
Funktionsanalyse (bei der I, Verordnung pro Fall)	Zeit für Testauswertung inkl. 1. Bericht	53,80
Bericht	je nach benötigter Zeit	1€/min.
Gebühr für NFB-QIK (einmalig)		35,00

Mir ist bekannt, dass diese Sätze nicht mit den Erstattungssätzen des jeweiligen Versicherungsträgers übereinstimmen müssen. Dafür erhalten Sie eine fachlich qualifizierte Behandlung. Mir ist als Privatpatient ebenfalls bekannt, dass ich die Rechnungskosten innerhalb von 10 Tagen (der späteste Zahlungstermin ist auf der Rechnung vermerkt) begleichen muss. Bei Mahnung wird eine Gebühr von 5,00 Euro erhoben. Bei Zahlungsschwierigkeiten informieren Sie mich bitte rechtzeitig, so dass ein Ratenzahlungsplan oder dergleichen erstellt werden kann. Behandlungstermine müssen generell 24 Stunden vorher abgesagt werden, da Ihnen sonst die Ausfallzeit mit dem jeweiligen Satz einer Therapiestunde in Rechnung gestellt wird.

Berlin, den _____

Stempel / Unterschrift der Praxisinhaberin

Unterschrift des Patienten /
Erziehungsberechtigten / Bevollmächtigten