

Vorname & Name: _____

Straße & Haus-Nr.: _____

PLZ & Ort: _____

Mobiltelefon-Nr.: _____

E-Mail Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Behandlungsvertrag

Datenschutz

Mit Behandlungsbeginn willigen Sie der Speicherung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zum Zweck der Kommunikation, Vertragsabwicklung und Dokumentationspflicht (BGB § 630f) ein. Die Aufbewahrungsfrist der Behandlungsdokumentation/Akten beträgt 10 Jahre. Diese kann der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) überprüfen.

Mit der Heilmittelverordnung erhalten wir einen Behandlungsauftrag von Ihrem zuweisenden Arzt oder Ärztin. Dieser kann einen Bericht anfordern und auch der Austausch mit Ihrem Arzt oder Ärztin (inklusive deren Angestellten) bedarf keiner schriftlichen Einwilligung Ihrerseits. Datenübermittlung: postalisch, E-Mail, Fax, telefonisch und persönlich.

Schweigepflicht

Alle Mitarbeitenden von ergotherapie foster unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und dürfen sich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis mit Dritten über Sie austauschen. Wenn Sie Personen zu einem Gespräch mitbringen, ist Ihr Einverständnis für den Austausch in diesem zeitlichen Rahmen auch ohne schriftliche Einwilligung gegeben.

Datenverarbeitung & -weitergabe an Dritte

- E-Mail, SMS, Whatsapp, Threema und Signal » Kommunikation mit Ihnen, auch Rechnungen / ggf. Berichte per E-Mail
- z.B. Cituro und google-Kalender » Terminplanung und Erinnerungs-Service
- z.B. sprechstunde.online, RedMedical, etc. » bei telemedizinischer Dienstleistung / Videobehandlung
- Thera-pi » Praxissoftware zur Datenerfassung, -verarbeitung und -sicherung sowie Kostenabrechnung
- externer IT-Dienstleister (gemäß Art. 28 DSGVO) » sporadischer Support zu Thera-pi
- gesetzliche Krankenkassen & deren Abrechnungsunternehmen » Kostenabrechnung
- sumup » Vergütung der Zuzahlungskosten per EC- und Kreditkarte (alternativ Überweisung)
- Steuerberatungsunternehmen & Finanzamt » Rechnungen & Kontoauszüge zur Steuerabwicklung

Zuzahlungskosten / Ihr Anteil an den Kosten der Behandlung

Die Pauschale von 10€ pro Heilmittelverordnung (Rezeptgebühr) plus 10% Zuzahlung (Z.z.) der wahrgenommenen Leistungen betrifft, laut Sozialgesetzbuch V (§32 Abs. 2, §61 Satz 3), volljährige, zuzahlungspflichtige Versicherte. Zum Ende der Heilmittelverordnung (HV) oder bei vorzeitigem Therapie-Ende erhalten Sie von ergotherapie foster eine Rechnung über die Rezeptgebühr und die entsprechenden Zuzahlungen, mit Zahlungsziel von 14 Tagen.

Vergütungsliste nach §125a August bis Oktober 2025		Regulär	Ihr Anteil	Blanko-HV	Ihr Anteil
Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (einmalig pro HV)		42,98€	4,30€	49,43€	4,94€
Vor- und Nachbereitungszeit		inklusive	inklusive	15min pro Termin	
Einzeltherapien					
Hirnleistungstraining (HLT)	pro 45 min		pro 15 min / Zeitintervall		
	59,02€	5,90€	19,67€	1,97€	
Psychisch-funktionelle Behandlung (PFB)	pro 60 min		pro 15 min		
	98,36€	9,84€	19,67€	1,97€	
Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (kann per Video, bei Ihnen z.H. oder einer Einrichtung stattfinden)	1 x 105 min pro HV		(2 x pro HV) pro 15 min		
	157,36€	15,74€	19,67€	1,97€	
Einsatzpauschale pro Hausbesuch, inklusive Wegegeld		28,56€	2,86€	28,56€	2,86€
Parallelbehandlungen/Tandem (2 Patient:innen gleichzeitig)					
Hirnleistungstraining (HLT)	pro 45 min		pro 15 min		
	47,22€	4,72€	15,74€	1,57€	
Psychisch-funktionelle Behandlung (PFB)	pro 60 min		pro 15 min		
	78,69€	7,87€	15,74€	1,57€	
Gruppentherapien (3-7 Patient:innen)					
Hirnleistungstraining (HLT)	pro 45 min		pro 15 min		
	27,54€	2,75€	6,89€	0,69€	
Psychisch-funktionelle Behandlung (PFB)	pro 90 min		pro 15 min		
	48,20€	4,82€	6,89€	0,69€	



Vergütungsliste nach §125a ab Oktober 2025	Regulär	Ihr Anteil	Blanko-HV	Ihr Anteil
Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (einmalig pro HV)	41,46€	4,15€	47,69€	4,77€
Vor- und Nachbereitungszeit	inklusive	inklusive	15min pro Termin	
Einzeltherapien				
Hirnleistungstraining (HLT)	pro 45 min		pro 15 min / Zeitintervall	
	56,93€	5,69€	18,98€	1,90€
Psychisch-funktionelle Behandlung (PFB)	pro 60 min		pro 15 min	
	94,89€	9,49€	18,98€	1,90€
Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (kann per Video, bei Ihnen z.H. oder einer Einrichtung stattfinden)	1 x 105 min pro HV		(2 x pro HV) pro 15 min	
	152,32€	15,23€	19,04€	1,90€
Einsatzpauschale pro Hausbesuch, inklusive Wegegeld	27,56€	2,76€	27,56€	2,76€
Parallelbehandlungen/Tandem (2 Patient:innen gleichzeitig)				
Hirnleistungstraining (HLT)	pro 45 min		pro 15 min	
	45,55€	4,56€	15,18€	1,52€
Psychisch-funktionelle Behandlung (PFB)	pro 60 min		pro 15 min	
	75,91€	7,59€	15,18€	1,52€
Gruppentherapien (3-7 Patient:innen)				
Hirnleistungstraining (HLT)	pro 45 min		pro 15 min	
	26,57€	2,66€	6,65€	0,67€
Psychisch-funktionelle Behandlung (PFB)	pro 90 min		pro 15 min	
	46,50€	4,65€	6,65€	0,67€

Blankoverordnung bei Diagnosegruppe PS3 und PS4

Ab Ausstellungsdatum ist die Blankoverordnung **16 Wochen gültig**. Wir entscheiden gemeinsam über die Leistungen: Hirnleistungstraining (HLT), Psychisch-funktionelle Behandlung (PFB) oder im Wechsel, Einzel-, Gruppe- oder Parallelbehandlung (Tandem), auch im Wechsel, 1-5x pro Woche und die Therapiedauer 30-180 min / 3-13 Zeitintervalle pro Tag.

Zuzahlungsbefreiung

Bitte informieren Sie uns, falls Sie für das laufende Jahr zuzahlungsbefreit sind. Die Zuzahlungsbefreiung gilt für ein Kalenderjahr und kann für das aktuelle Jahr auch rückwirkend bei Ihrer Krankenkasse beantragt werden.

Fehlende / ungültige Heilmittelverordnung

Falls Sie keine gültige Heilmittelverordnung vorlegen und diese nicht bis zum nächsten vereinbarten Termin nachreichen, werden Ihnen die geleisteten Behandlungskosten vollständig privat in Rechnung gestellt.

Terminabsagen / Verspätungen / Verkürzungen

Wenn Sie Termine weniger als 24h im Voraus absagen oder verschieben, behält sich ergotherapie foster vor, Ihnen den vollen Behandlungsbetrag privat in Rechnung zu stellen. Alternativ ist die Behandlung per Video oder Telefon, ggf. auch verkürzt durchführbar. Eine Abrechnung von nicht geleisteten Behandlungen/Zeitintervallen über die Heilmittelverordnung wäre Betrug an den Krankenkassen.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie diesem Behandlungsvertrag zu.

Hamburg, Datum & Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertreter:in)

