

Behandlungsvertrag & Einwilligungserklärung (Selbstzahler)

Patient Details:

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse (Straße, PLZ, Stadt): _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Krankenversicherung: _____

Behandlungsvertrag

Ich wünsche bei der Therapeutin Leonie Kruse (VerifyMed) die Durchführung einer privaten Behandlungseinheit/ Beratung.

Wichtiger Hinweis zur Kostenerstattung: Wir sind eine reine Privatpraxis ohne Kassensitz. Das bedeutet, dass die Kosten dieser Behandlung nicht von der gesetzlichen Krankenkasse gedeckt werden. Ich trage die Kosten als Selbstzahler in voller Höhe privat.

Vereinbarte Leistungen und Gebühren im Rahmen der Therapie werden voraussichtlich folgende Gebühren anfallen:

Therapieleistungen

Sensomotorisch-perzeptive Behandlung (5-fach): **67,54€**

Motorisch-funktionelle Behandlung (5-fach): **50,68 €**

Psychisch-funktionelle Behandlung (2,3-fach): **84,43€**

Thermische Anwendungen (Wärme/Kälte) (2,3-fach): **18,10€**

Funktionsanalyse pro Verordnungsfall (2,3-fach): **69,46€**

Arztkontakt/Kommunikation je Verordnung (2,3-fach): **25,61€**

Schriftlicher Verlaufsbericht (2,3-fach): **48,41€**

Ergotherapeutische Funktionsanalyse (3,5-fach): **63,96 €**

Domizilbesuche

Hausbesuch pro Termin (2,5-fach): **52,14€**

Erstattung pro km (Hin- & Rückfahrt) (5-fach): **26,07€**

Schienenanfertigung – Handtherapeutischer Bereich

Individuelle Fingerschiene(5-fach): **63,69€**

Individuelle Unterarm-/Immobilisierungsschiene (5-fach): 63,69€

Individuelle Daumenschiene (5-fach): **49,17 €**

Thermoform-Schiene (2,5-fach): **68,90€**

Schienenanpassung / Änderung / Reparatur (2,5-fach): **35,64€**

Ich habe den Vertrag und die Kostenaufstellung gelesen und akzeptiert.

Ort/Datum/Unterschrift



Unterschrift (Leonie Kruse):

Praxis für Ergotherapie Leonie Kruse
Dipl. Ergotherapeutin, B.Sc.
T: 015120737193
l.kruse@verifymed.de
Junghofstr. 16, 60311 Frankfurt a.M.