

## Honorarvereinbarung für Privatversicherte

Zwischen Frau/Herrn..... /gesetzl. Vertreter.....

und der Ergotherapeutin Ilka Rodewald

wird folgender Behandlungsvertrag mit Wirkung zum ..... vereinbart.

Da es in der Vergangenheit leider häufiger zu Rechtsstreitigkeiten zwischen Privatversicherten und einzelnen Versicherungsgesellschaften wegen unvollständiger Kostenübernahmen gekommen ist, bitte ich Sie, die nachfolgenden Zeilen zu beachten.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Ihre Versicherung gegebenenfalls meine Honorarsätze nicht in vollem Umfang erstattet. In diesem Fall geht der Differenzbetrag zu Ihren Lasten. Vergewissern Sie sich bitte vor Behandlungsbeginn bezüglich der Kostenübernahme durch Ihre Versicherung.

Eine Rechnung für die erbrachte Leistung erfolgt über das Abrechnungsunternehmen OPTICA.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24 Stunden vorher), oder nicht wahr genommene Termine, 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. **Rückfragen beantworte ich Ihnen gern unter z. B. 01522-1950801.**

### Honorare für ergotherapeutische Behandlungen (Stand 01.07.2020):

Leistung	Preis	Dauer der Behandlung	Nr. der Leistung
Funktionsanalyse und Anamnese	49,45€	einmalig	54002
Ergotherapie bei motorischen Störungen	66,30 €	30 Minuten	54102
Ergotherapie bei sensomotorisch- perzeptiven Störungen	89,25 €	45 Minuten	54103
Ergotherapie bei psychisch- funktionellen Störungen	111,70 €	60 Minuten	54105
Ergotherapeutische Hirnleistungstraining	73,50 €	30 Minuten	54104
Hausbesuch ( inkl. Wegegeld )	30,25 €		59933
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining ( 2 Teilnehmer )	57,80 €	30 Minuten	54207
Ergotherapeutische Gruppenbeh. bei psych.-funkt. Störungen ( 2 Teilnehmer )	88,50€	60 Minuten	54208
Ergotherap. Gruppenbeh.bei. mot. Störungen (2Teilnehmer)	52,65 €	30 Minuten	54205
Ergotherap. Gruppenbeh. bei sensomotorisch-perzeptiven Störungen ( 2 Teilnehmer )	71,40 €	45 Minuten	54206
Bericht an den behandelnden Arzt	25,00 €	Max. 2 Seiten	59701
Thermische Anwendungen	10,15 €		54301

---

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

**Ich habe die Regelung mit den nicht rechtzeitig abgesagten Terminen (24 Stunden vor Termin) verstanden und erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden.**