



## **Anmeldeformular**

(Bitte vollständig ausfüllen und per Mail an [info@ergotherapie-karlsruhe.de](mailto:info@ergotherapie-karlsruhe.de))

### **👤 Persönliche Angaben**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### **Vollständige Adresse:**

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

### **👶 Angaben bei Minderjährigen**

**Vollständiger Name der anmeldenden Person:**

### **📞 Kontaktdaten**

**Telefon (privat):** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

### **🏥 Medizinische Angaben**

**Überweisender Arzt / Ärztin:**

**Diagnose (laut ärztlicher Verordnung) und ggf. gewünschte Therapiemethode  
(Neurofeedbacktraining, Biofeedbacktraining, Konzentrationsgruppe, EST-Training):**

---

**Krankenkasse:**

---

### **Gesetzliche Zuzahlung (ab 18 Jahre)**

Nach dem Sozialgesetzbuch V sind gesetzlich Versicherte **ab dem 18. Lebensjahr** verpflichtet,  
**10 % der Behandlungskosten** sowie **10,00 EUR** je Heilmittelverordnung selbst zu zahlen.

**Zuzahlungsbeträge (Einzelpreise):**

- Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (nur bei Erstverordnung): **4,15 EUR**
- Motorisch-funktionelle Behandlung: **5,69 EUR**
- Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: **7,59 EUR**
- Psychisch-funktionelle Behandlung: **9,49 EUR**
- Hirnleistungstraining: **5,69 EUR**
- Thermische Anwendung: **0,85 EUR**
- Wegegeld Hausbesuch: **2,76 EUR**

**Zuzahlungsbefreit**  
(Bitte gültigen Befreiungsausweis vorlegen)

---

### **Terminmöglichkeiten**

Bitte geben Sie verbindlich an, **an welchen Wochentagen und zu welchen Zeiten** wir Sie regelmäßig einplanen dürfen:

**Montag:** \_\_\_\_\_

**Dienstag:** \_\_\_\_\_

**Mittwoch:** \_\_\_\_\_

**Donnerstag:** \_\_\_\_\_

**Freitag:** \_\_\_\_\_

---

## Angaben zur Heilmittelverordnung

Falls Ihnen bereits eine Verordnung vorliegt, welches Heilmittel wurde verordnet?  
(Bitte ankreuzen)

- Sensomotorisch-perzeptive Behandlung (45 Minuten)
- Psychisch-funktionelle Behandlung (60 Minuten)
- Hirnleistungstraining / neuropsychologisch orientierte Behandlung (30 Minuten)
- Motorisch-funktionelle Behandlung (30 Minuten)

### Hat der Arzt einen Hausbesuch verordnet?

- Ja
  - Nein
- 

## Alltag & Betätigung

Bitte nennen Sie **drei Betätigungsprobleme** aus Ihrem Alltag bzw. aus dem Alltag Ihres Kindes:

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
- 

## Vorliegende Unterlagen

- Berichte vom SPZ
  - Frühförderstelle
  - Krankenhausberichte
  - Sonstige: \_\_\_\_\_
- 

(Bitte vorhandene Unterlagen zur ersten Behandlung mitbringen)

---

## Praxisregeln

Bitte lesen und ankreuzen:

- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, so früh wie möglich abzusagen.

Mir ist bekannt, dass Termine, die **nicht bis spätestens 9:00 Uhr am Behandlungstag** abgesagt werden, mit einer **Ausfallpauschale von 40,00 EUR** in Rechnung gestellt werden.  
**Nach 9:00 Uhr können auch unvorhersehbare Situationen nicht mehr berücksichtigt werden**, da der Termin kurzfristig nicht neu vergeben werden kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten an ein **Abrechnungszentrum** übermittelt werden.

Ich entbinde die Praxis von der **Schweigepflicht gegenüber dem verordnenden Arzt**.

Die oben angekreuzten Punkte stellen unsere **Praxisregeln** dar, die wir **transparent kommunizieren**. Diese Regeln bilden den **Grundstein unserer Zusammenarbeit**. Sollten diese Praxisregeln nicht anerkannt oder eingehalten werden, **behalten wir uns vor, die Zusammenarbeit zu beenden**.

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient:in / Erziehungsberechtigte:r:

---