



Anmeldeformular

(Bitte vollständig ausfüllen und per Mail an 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:
