



## Anmeldeformular für privatversicherte Klient:innen

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



### Persönliche Angaben

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

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

Vollständige Adresse:

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

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



### Angaben bei Minderjährigen

Vollständiger Name der anmeldenden Person: \_\_\_\_\_



### Kontaktdaten

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

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

Telefon (geschäftlich): \_\_\_\_\_

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

## Medizinische Angaben

Überweisender Arzt / Ärztin:

---

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

---

Private Krankenversicherung / Beihilfe:

## Terminmöglichkeiten

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

MO \_\_\_\_\_  
DI \_\_\_\_\_  
MI \_\_\_\_\_  
DO \_\_\_\_\_  
FR \_\_\_\_\_

---

## Angaben zur Heilmittelverordnung

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

- ☐ Motorisch-funktionelle Behandlung
- ☐ Sensomotorisch-perzeptive Behandlung
- ☐ Psychisch-funktionelle Behandlung
- ☐ Hirnleistungstraining

**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**

- ☐ Arztberichte
- ☐ Krankenhausberichte
- ☐ SPZ / Frühförderstelle
- ☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

*(Bitte vorhandene Unterlagen zur ersten Behandlung mitbringen)*

---

## **Zur Preisgestaltung**

Unsere Praxis rechnet nach den **allgemein üblichen und angemessenen Sätzen im Heilmittelbereich** ab.

Die Preise orientieren sich am **1,8-fachen Satz der gesetzlichen Krankenversicherung** – ein Maßstab, der in der privaten Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie branchenüblich ist.

Da es im Heilmittelbereich keine verbindliche Gebührenordnung wie bei Ärzt:innen gibt, gestalten Therapeut:innen ihre Preise im Rahmen des Angemessenen frei.

---

## **Vereinbarte Vergütungssätze**

Für die durchzuführenden Behandlungen laut ärztlicher Verordnung gelten folgende Honorare:

- Motorisch-funktionelle Behandlung: **94,99 €**
- Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: **126,65 €**
- Psychisch-funktionelle Behandlung: **158,31 €**
- Hirnleistungstraining: **94,99 €**
- Hausbesuch: **45,97 €**
- Anamnese / Befund (einmalig bei Erstverordnung): **69,17 €**
- Übermittlungsgebühr Arztbericht: **20,00 €**
- Gruppe sensomotorisch-perzeptive Behandlung (ab 3 Personen): **44,33 €**
- Gruppe psychisch-funktionelle Behandlung (ab 3 Personen): **77,58 €**
- Gruppe psychisch-funktionelle Behandlung (2 Personen): **126,65 €**

---

## Wichtige Hinweise zur Kostenerstattung

Die Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen ist nicht garantiert und kann je nach Tarif ganz oder teilweise ausbleiben.

Mögliche Gründe hierfür sind:

- vereinbarte Selbstbehalte oder Erstattungshöchstgrenzen
- nicht im Tarif enthaltene Leistungen
- individuelle Prüfungen durch die Versicherung

Unsere Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von der Erstattung ihrer privaten Versicherung. Die Zahlungspflicht besteht ausschließlich gegenüber unserer Praxis.

## Hinweise

- Prüfen Sie Ihre Versicherungsbedingungen vorab
- Reichen Sie Rechnung und Unterlagen gemeinsam ein
- Klären Sie offene Fragen direkt mit Ihrer Versicherung
- Bitten Sie bei Kürzungen um eine schriftliche Rückmeldung

---

## Praxisregeln & Zustimmung

Bitte lesen und ankreuzen:

☐ Ich erkläre mich bereit, 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 €** berechnet werden. Bei Absagen nach 9:00 Uhr können **auch unvorhersehbare Situationen nicht berücksichtigt werden.**

☐ Ich bin mit den oben genannten **Gebührensätzen einverstanden.**

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

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

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

Unterschrift Klient:in / Erziehungsberechtigte:r:

\_\_\_\_\_

---

## Unsere Haltung

Uns ist eine **offene, respektvolle und verbindliche Kommunikation** besonders wichtig.  
Sie können sich darauf verlassen, bei uns **hochwertige, individuelle und fachlich fundierte Behandlungen** zu erhalten.

Unsere Preisgestaltung und Regeln sind Ausdruck unserer **Qualität und Professionalität**.

Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung – idealerweise **vor Behandlungsbeginn per E-Mail** an: [info@ergotherapie-karlsruhe.de](mailto:info@ergotherapie-karlsruhe.de)