



Anmeldeformular für privatversicherte Klient:innen

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



Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Vollständige Adresse:

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____



Angaben bei Minderjährigen

Vollständiger Name der anmeldenden Person: _____



Kontakt Daten

Telefon (privat): _____

Mobil: _____

Telefon (geschäftlich): _____

E-Mail: _____



Medizinische Angaben

Überweisender Arzt / Ärztin:

Diagnose (laut ärztlicher Verordnung) ggf. gewünschte Therapiemethode (Neurofeedbacktraining, Biofeedbacktraining, Konzentrationsgruppe, EST-Training). Bitte beachten Sie, dass wir uns beim Neurofeedbacktraining ausschließlich auf **Konzentrations- und Entspannungstraining, leichte bis mittelgradige Depression und Tinnitus** spezialisiert haben. Wir sind nicht auf die Behandlung von PTBS, Angststörungen, schwere Depression etc. spezialisiert. Im Bereich Biofeedbacktraining haben wir uns ausschließlich auf die Behandlung von **Migräne** spezialisiert.):

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:

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich, _____, geboren am _____, wohnhaft in _____, dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde) durch die Praxis "Praxis für Ergotherapie Stefanie Baumann & Renée Weil" über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

Email an folgende Adresse:

WhatsApp an folgende Nummer:

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten, gesetzlichen Vertreters



Alles ausgefüllt?

Bitte überprüfen Sie nun, ob Sie alle Felder ausgefüllt haben. Beachten Sie bitte, dass nur ein korrekt ausgefüllter Anmeldebogen weiterbearbeitet werden kann. Vielen Dank für Ihre Verständnis.



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