Behandlungsvertrag anlog § 630a BGB

Vereinbarung

über die Behandlung mit Anthroposophischer Kunsttherapie (BVAKT)®

zwischen

Name der Therapeut:in

(nachfolgend AKT genannt )

und

|  |
| --- |
| Nach- und Vorname der zubehandelnden Person:       |
| Datum der Geburt:       |
| Straße, Hausnummer:       |
| Postleitzahl und Wohnort:       |
| (nachfolgend Patient:in genannt) |
| Ggf. Nach- und Vorname der vertretungsberechtigten Person:       |
| Straße, Hausnummer:       |
| Postleitzahl und Wohnort:       |
| (nachfolgend Vertretungsberechtigte genannt) |

wird nachfolgender

Behandlungsvertrag

geschlossen.

|  |
| --- |
| 1. Für die Behandlung mit Anthroposophischer Kunsttherapie liegt folgende ärztliche Verordnung vor: |
|  [ ]  vollständig ausgefülltes Kassenrezept (rosa) | [ ]  Privatrezept (blau) |
| Ausstellungsdatum der Verordnung: |       |  |
| Anzahl der Behandlungseinheiten: |       |
| Diagnose nach ICD 10 |  |
| Frequenz: (Häufigkeit z.B. 1 x pro Woche) |       |
| 2. Die Abrechnung der Behandlungskosten erfolgt |
| [ ] [ ] [ ]  | 1. im Rahmen der Integrierten Versorgung mit Anthroposophischer Medizin nach §§ 140a ff SGB V zum im Rahmenvertrag vereinbarten Höchstsatz pro Therapieeinheit abzüglich der Zuzahlungsbeträge über die Abrechnungsstelle.

Die Teilnahmeerklärung der Patient:in liegt vor Der/die Therapeut:in ist zum IV-Rahmenvertrag zugelassen  |
| [ ]  | b) im Erstattungsverfahren als satzungsgemäße Zusatzleistungen der Securvita BKK nach § 11 Abs. 6 SGB V werden entsprechend der jeweils aktuellen Satzung. |
| [ ]  | c) im Erstattungsverfahren nach § 13 Abs. 1 SGB V als Heilmittel der besonderen Therapierichtung Anthroposophische Medizin. Eine schriftliche Benachrichtigung der GKV zur Kostenübernahme liegt vor Behandlungsbeginn vor. |
| 3.. | **Zuzahlungen und Verordnungsgebühren** |
| [ ]  | Zuzahlungsbeträge nach § 61 SGB V fallen für Patient:innen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, in Höhe von 10% der Kosten für jede in Anspruch genommene Leistung plus 10 EURO je Verordnung an. Sie werden von der Patient:in/ ihren Vertretungsberechtigen vor der ersten Behandlung direkt an die AKT entrichtet. Geleistete Zuzahlungen sind von der zum Einzug Verpflichteten gegenüber der Patient:in bzw. ihrer Vertretungsberechtigten zu quittieren. Ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Die Patient:in bzw. ihre Vertretungsberechtigten bestätigt/bestätigen, dass sie darauf hingewiesen worden ist/sind, dass diese Zuzahlungen selbst zu leisten sind. |
| [ ]  | Zuzahlungsbeträge nach § 32 Abs. 2 SGB V entfallen, da die Patient:in von der Zuzahlungspflicht befreit ist. |
| 4. Private Kostenübernahme  |
| [ ]  | a) Patient:innen ohne PKV bzw. ihre Vertretungsberechtigten tragen die Kosten selbst nach einem vor Beginn der Behandlung gemäß der Berufsordnung Anthroposophischer Kunsttherapeut:innen im BVAKT vereinbarten Honorarsatz.  |
| [ ]  | b) Privatversicherte Patient:innen bzw. ihre Vertretungsberechtigten übernehmen die Kosten für die Behandlungen selbst und reichen die Rechnung bei der PKV ein. Hierzu ist vor Beginn der Behandlung eine Honorarvereinbarung getroffen worden. |
| [ ]  | c) Die AKT verfügt über eine (ggf. sektorale) Heilerlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz und berechnet ihre Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) für psychotherapeutische Behandlungen. Die Höhe der Gebühr ist vor Behandlungsbeginn vereinbart. |

|  |
| --- |
| 5. Behandlungsqualität |
| Die AKT verpflichtet sich, die Patient:in gemäß der ärztlichen Verordnung nach den zum heutigen Zeitpunkt bestehenden, in der Leitlinie des BVAKT beschriebenen therapeutischen Standards zu behandeln. |
| 6. Aufklärung über die Behandlung |
| Die Patient:in/ Vertretungsberechtigten bestätigen, dass sie zu Beginn der Behandlung von der AKT über alle für die Behandlung wesentlichen Umstände aufgeklärt wurde (n), insbesondere über die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie ergreifenden Maßnahmen. Die Patient:in/ Vertretungsberechtigten bestätigt/ bestätigen, dass sie insbesondere über die Notwendigkeit, Eignung und Erfolgsaussichten der Therapie aufgeklärt worden sind. |

|  |
| --- |
| 7. Terminvergabe und Stornierung |
| Die AKT vergibt Termine ausschließlich für die Patient:in. Daher hat diese den vereinbarten Termin grundsätzlich wahrzunehmen. Kann ein Termin aus einem wichtigen Grund (z.B. Krankheit) nicht wahrgenommen werden, teilt/teilen die Patient:in / die Vertretungsberechtigten dies umgehend, spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin gegenüber der Praxis mit. Andernfalls wird das Honorar für die nicht in Anspruch genommene Behandlung privat in Rechnung gestellt. |
| 8. Einwilligung zur Behandlungsdurchführung und aktiven Mitwirkung |
| Die Patient:in / die Vertretungsberechtigten erklärt/erklären hiermit ausdrücklich ihre Einwilligung zur Durchführung der Behandlung durch die AKT sowie zur erforderlichen aktiven Mitwirkung gemäß der ärztlichen Verordnung.  |
| 9. Bestätigung und Unterschrift/en |
| Die Patient:in / die Vertretungsberechtigten bestätigt/ bestätigen dass ihr/ihnen ein Exemplar dieser Vereinbarung ausgehändigt worden ist.Ort und Datum      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Unterschrift Patient:in) (Unterschrift/en Vertretungsberechtigte)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Unterschrift AKT)  |

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

|  |  |
| --- | --- |
| Nach- und Vorname der Patient:in: |        |
| Straße, Hausnummer:  |  |
| Postleitzahl und Wohnort: |  |
|  |
| Ggf. Nach- und Vorname der vertretungsberechtigten Person: |  |
| Straße, Hausnummer: |  |
| Postleitzahl und Wohnort; |  |

Ich bin damit einverstanden, dass meine personen- und behandlungsbezogenen Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden. Es werden keine Daten und Informationen, ohne meine Erlaubnis, an unbefugte Dritte weitergegeben.

Eine Weitergabe von personen-/ und behandlungsbezogenen Daten erfolgt nur an den verordnenden Arzt, von abrechnungsbezogenen Daten nur an die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum.

Ich entbinde die Praxis von

 (Name/Stempel der Praxis und Name der Therapeut:in )

1. von der Schweigepflicht, folgenden Stellen/Personen gegenüber

(Konkrete Bezeichnung der Einrichtung/Stelle/Person mit Name/Vorname/Adresse/ggf. Funktion)

2. Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten, Unterlagen, Schriftstücke an u.g. Person/en übermittelt werden können:

(Konkrete und präzise Angaben zu den zu übermittelnden Daten, wie z.B.: Befund, Bericht)

Ich bin damit einverstanden, dass die unter 2. aufgeführten Daten für weitergegeben werden dürfen

[ ]  zum Zweck einer Beratung

[ ]  für den interdisziplinären/fachübergreifenden Austausch mit

[ ]  für den Medizinischen Dienst meiner Krankenkasse

[ ]  zur Weiterbehandlung in einer anderen Praxis

[ ]

 (Andere Gründe)

**Dauer der Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

[ ]  Die Entbindung von der Schweigepflicht ist gültig bis zum

 (Datum / Zeitraum angeben)

[ ]  Die Entbindung ist nur einmalig für       gültig-

**Widerruf**

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum und Ort Unterschrift der Patient:in / der Vertretungsbevollmächtigten

|  |
| --- |
| Quittung für Zuzahlungen und Verordnungsgebührenzu Heilmitteln nach § 61 SGB V |
|  | **Quittungsnummer**        |  |
| Von Nach- und Vorname der Patient:in |   |
| Gebühr für ärztliche Verordnung vom      (TT, MM; JJJJ) | **10,00** | **EURO** |  |
| 10% der Behandlungskosten |  | **EURO** |  |
| Gesamtsumme |  | **EURO** |  |
| Dankend erhalten |        Datum Unterschrift Praxisstempel |