

1. Name Klient:in: _____ Anrede w/m/d/u: _____

2. Bezugsergotherapeut:in: _____ Bericht geschrieben : ja, am: _____ nein _____

3. Zuzahlungsbefreiung: ja _____ nein _____ in Arbeit _____ neu ja seit: _____ Kl. kümmert sich bei KK _____ Info durch IP _____

4. Ich möchte die automatische Terminerinnerung von Doctolib nutzen ja _____ nein _____ = ich bin mir bewusst, dass ich bei Änderungen nicht informiert werden kann und mich selbstständig um meine Termine kümmere.

5. _____ mir ist bewusst, dass ich bei zu spätem oder gar nicht absagen eine Ausfallrechnung bekomme und bezahlen muss. Ich vereinbare Termine nur so, wie ich sie halten kann oder sage einen Termin 24h vorher (innerhalb der Werkzeuge) ab, freitags für montags

6. _____ Ich habe die th. Vereinbarung erhalten, gelesen, verstanden und unterschreiben+ Kopie Unterschrift abgegeben

7. Derzeitige Inhalte und geplante Termine bei Interpassus im Überblick:

M/ Angebot: Meine derzeitigen Termine bei IP	Th:in	Beginn+ Ende des Moduls	Pause	ZS/ UE (Strichliste)	Teilnahme WSG
Aufnahme (I) bei <input type="checkbox"/> JJ <input type="checkbox"/> AH <input type="checkbox"/> BM // BHP bei _____ am: _____					
1.					
2.					
3.					
4. Erneute BHP geplant am:					
Adaption (A) / Steigerung (S)					
Wechsel der Angebote? Am _____ durch: _____ zu: _____					

Tägliche Doku

ggf. MZ: _____ ausgezahlt am: _____

Info MA: HMV täglich checken ET und Klient:in Am Ende der HMV Kontrolle aller Termine auf Pausen und Begründung auf HMV, K? Bitte HMV nur so abgeben, dass sie abrechenbar ist. Unterbrechungen bitte hier mit Begründung GLEICH auf der HMV					Änderung der HMV mitgegeben am + durch, Änderung zurück (ÄZ) Am +was		Ausfall (= ZS/ UE) ZS = zu spät abgesagt/ UE = unentschuldig Kontinuitätsgruppe/WSG Rechnung ZZR AFR (Ausfallrechnung) KG= K- geplant am KT= an K teilgenommen am Datum hier eintragen oder mit „X“ versehen						K für welches Angebot Bitte eintragen		Termin- planung BHH GR? BHP E? Bericht?	
Letzter Termin auf der vorherigen HMV					Änderung mitgegeben Kreuz in <input type="checkbox"/> Gr <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Datum <input type="checkbox"/> HMV kommt zum 2. Termin	ÄZ	UE	ZS	WSG am	WSG am	ZZR	AFR				
Nr.	Datum Termin	Termin	E/PB/Gr	Kürzel Klient:in												
1																
2																
3																
4																
5																
6																
Bitte denken Sie schon jetzt an eine neue HMV zu besorgen, wenn Sie eine Weiterbehandlung wünschen. Ohne vorliegende HVM kann die Ergotherapie nicht fortgesetzt werden. Danke																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
Bitte denken Sie schon jetzt an eine neue HMV zu besorgen, wenn Sie eine Weiterbehandlung wünschen. Ohne vorliegende HVM kann die Ergotherapie nicht fortgesetzt werden. Danke																
17																
18																
19																
20																

Nach den geleisteten Einheiten bitte (nach Prüfung aller Daten) stets bestätigen: Hiermit bestätige ich (Klient:in und ET), dass die oben gelisteten Termine geleistet wurden, und alle Angaben so stimmen und genau so auf die HMV übertragen wurde

Datum _____

Unterschrift Klient:in _____

Unterschrift ET _____

Therapeutische Vereinbarung zu Beginn der Behandlung bei Interpassus (IP)

- ✓ Bitte lesen Sie die folgenden Punkte intensiv durch.
- ✓ Für eine gute Zusammenarbeit und eine erfolgreiche Therapie ist es sehr wichtig klare Absprachen zu haben.
- ✓ **Versehen Sie alle Punkte mit einem X und/oder der Antwort in Textform.**
- ✓ Mit dem X bestätigen Sie, dass Sie die Information erhalten, inhaltlich verstanden haben und danach handeln.
- ✓ Ebenso, dass Sie den Grundlagen und Grundregeln der Ergotherapie zustimmen durch Ihre Unterschrift am Ende der therapeutischen Vereinbarung.
- ✓ Sie haben zum 2. Termin oder bei der Behandlungsplanung oder einer Sprechzeit (per Mail mit dem Empfang über empfang@interpassus.de verinbar) für Klient:innen, die Gelegenheit alle Fragen zu stellen. Wir helfen Ihnen gern weiter.
- ✓ Sie können sich auch die ausführliche Klient:inneninformation von jeder/m Mitarbeiter:in geben lassen.

I. Kurz-Grundlagen-Check der wichtigsten Punkte:

(alles wird im Anschluss auch detailliert erklärt)

- Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz gelesen, verstanden und unterschrieben.
- Ich habe meine E-Mail Adresse angegeben.
- Ich bekomme ausschließlich über Doctolib eine automatische Terminerinnerung, ebenso auch Absagen bei Arbeitsunfähigkeit (z.B. krank) der/des Therapeut:in.
- Ich weiß, dass ich jeden Tag vor meinem Termin selbstständig meine Mails u/o SMS checke, ob sich mein Termin verändert hat. Da dies der Kommunikationsweg von Interpassus bezüglich der Termine für mich ist. Ich weiß, dass ich nicht angerufen werde.
- Ich habe beim Vereinbaren eines Termins (Einzel- oder Parallelbehandlung) immer die Möglichkeit, mich auf die Warteliste setzen zu lassen, um einen früheren Termin zu bekommen. (Bitte bedenken Sie: Dies muss jedes Mal individuell gemacht werden!)
- Ich weiß, dass ich Absagen über Doctolib tätige.
- Ich überprüfe in meinem Doctolib-Account, ob ich die Funktion „Terminerinnerung“ auf aktiv gestellt habe, da mich ansonsten Absagen nicht erreichen könnten.
 - Achtung: Wenn ich dies nicht wünsche, kann ich über Terminänderungen nicht informiert werden und Termine ggf. nicht rechtzeitig abgesagt werden.
 - Ich möchte diese Funktion (Terminerinnerung) nicht nutzen und bin mir über die Konsequenzen bewusst
- Ich weiß, dass Absagen immer 24 Stunden vor dem Termin oder am Werktag vor der Therapie (wenn der Termin ein Montag ist) erfolgen müssen. Ansonsten bekomme ich eine Ausfallrechnung oder ich nehme an der einmaligen Kontinuitätsgruppe/WSG teil.
- Ich weiß, dass ich über Mail (empfang@interpassus.de) mit der Praxisorganisatorin einen Termin zur Sprechzeit vereinbaren kann.
- Ich weiß, dass das Telefon bei Interpassus nur zu bestimmten Zeiten besetzt ist und die Kommunikation über Mail grundlegend organisiert ist.
- Ich weiß, dass die Therapiezeiten nicht überschritten werden können und ich meine Anliegen am Ende der Therapie kurz ansprechen kann. Oder ich mich per Mail an den Empfang wenden kann (empfang@interpassus.de)

- Zuzahlungsbefreiung:** Ja, habe ich ___ Nein, ich habe keine ___ schon beantragt ___ mache ich noch ___
- Das HMV- Blatt wurde mir erklärt (in der BHP= Behandlungsplanung) und ich habe es verstanden.
- Ich weiß, dass ich meine Bezugstherapeut:in wählen kann.
- Klingelsystem:** Ich weiß, dass ich bei zu spät kommen oder bei der Raumfrage, wo meine Therapie stattfindet oder um meine/m Therapeut:in bei Beginn der Therapiezeit über die Klingel am Empfang direkt erreichen kann. Der/Die Therapeut:in bekommt dann ein Signal auf die Pieperuhr und holt mich ab. Es sei denn, die Gruppensituation lässt es nicht mehr zu (z.B. bei zu spät kommen)

Ich bin darüber informiert, dass

- die *voraussichtliche* Maximaldauer der psychisch- funktionellen Behandlung 40 EH beträgt.
- ich 2 Termine bei Interpassus nach der Aufnahme zur vorausschauenden Behandlungsplanung mit einer Ergotherapeut:in benötige.
- ich, wenn ich meine Therapie verändern möchte, mir wieder einen Termin zur BHP ausmachen kann/soll
- die Modullänge der einzelnen Angebote 12 Einheiten beträgt. Sowohl in der Gruppe, wie auch in Parallelbehandlungen oder bei Wunsch auf ausschließlich Einzeltherapie je Angebotsform.

II. Zur Heilmittelverordnung (= HMV)

Mir ist bewusst, dass

- ich nur mit gültiger und vorliegender HMV behandelt werden kann. **Für jede Behandlungsstunde muss eine gültige Heilmittelverordnung vorliegen.**
- ich kümmere mich rechtzeitig bei verordnenden Ärzt:innen oder psychologischen Psychotherapeut:innen um eine neue HMV (bei einer 10er Verordnung ab dem 7. Termin und bei einer 20er Verordnung ab dem 17. Termin).
- ich bei jedem Termin das HMV-Blatt (in der Akte) führen werde und für die Richtigkeit und Aktualisierung der Angaben mit verantwortlich bin.
- ich versuche die vereinbarten Termine einzuhalten und auch an den Tagen keinen anderen Termin plane.
- ich bei jedem Termin bei Interpassus eine Unterschrift auf der HMV leiste (für E, Gr oder PB).
- ich eine Zuzahlung leisten muss, wenn ich nicht befreit bin.
- ich mir eine Zuzahlungsbefreiung bei der Krankenkasse besorgen kann und dies eigenständig organisieren muss, wenn ich die Befreiung wünsche. (nähere Informationen in der ausführlichen Klient:inneninformation)
- die Unterbrechung der ergotherapeutischen Behandlung ohne Begründung (krank, Urlaub) **nicht** länger als 2 Wochen erlaubt ist.
- ich jede neue HMV bei der/m behandelnden Ergotherapeut:in kopieren lasse, so dass diese auf mögliche Fehler in der Ausstellung gleich geprüft werden kann.

III. Termine

Ich weiß, dass

- ich am Tag meines Termins nochmal Mails und SMS checke, ob der Termin verschoben oder abgesagt wurde.
- zu jedem Termin in der Ergotherapie eine geltende Heilmittelverordnung (HMV) erforderlich ist.
- Interpassus keine generellen Informationsgespräche anbietet und Ergotherapie ein ärztlich/psychotherapeutisch verordnetes Heilmittel ist und nur mit gültiger HMV praktiziert werden darf.
- ich nur Termine vereinbare, die ich auch sicher halten kann.
- Ich weiß, dass ich bei Beginn des Termins die Klingel des/r jeweiligen Therapeu:in drücken kann, um abgeholt zu werden. Ich weiß, dass ich vor Beginn des Termins nicht klinge.
- ich eine **Terminerinnerung über E-Mail und/oder SMS über Doctolib erhalte**
 - IP hat meine E-Mail-Adresse und das von mir unterschriebene Datenschutzblatt zu Doctolib, damit sie mich automatisch über Doctolib zu meinen Terminen eine Erinnerung schicken können.
 - Da ich zu allen Terminen von Doctolib 2 Tage vor dem Termin und beim Vereinbaren des Termins eine Erinnerung bekomme, prüfe ich, ob ich verlässlich teilnehmen kann.
- mir bei kurzfristigem Absagen (unter 24 Stunden vor Beginn des Termins/ freitags für montags) oder das Nichtabsagen von Terminen mit dem VDAK-Kassensatz privat eine Rechnung gestellt (§615 BGB) wird.
 - Eine Erkrankung, die den Ausfall des Behandlungstermins verursacht, muss durch eine ärztliche Bescheinigung belegt werden.
 - Bei Montagsterminen benötigt IP eine Absage am vorhergehenden Werktag, d. h. am Freitag vorher bis 15 Uhr.
- ich Termine nur in wirklich begründeten Fällen absage.
- ich bei wiederholtem Fehlen, IP sich das Recht vorbehält die Folgetermine zu stornieren und mich zu einem persönlichen Gespräch und einer erneuten BHP einzuladen.
- Termine, die ich aus wetter- (z. B. Eis und Schnee, Sonne) und verkehrsbedingten Gründen (Ausfall von S-Bahn, Parkplatzsuche, etc.) absage, mir der Termin auch gesamt in Rechnung gestellt wird.
- die 24 Stundenregelung auch coronabedingte Absagen betrifft.
- ich an einem Tag keine 2 Termine bei Interpassus vereinbaren darf und achte bei der Terminsetzung eigenständig darauf.

IV. Kommunikation/ Kontakt

- Ich bin darüber informiert, dass ich eine Sprechzeit mit der Praxisorganisatorin per Mail vereinbaren kann oder kurz nach der Gruppenbehandlung meine Anliegen mit der/m Ergotherapeut:in ansprechen kann. Anfragen bitte stets über Mail (empfang@interpassus.de)
- Ich schreibe eine Mail an den Empfang, um wichtige Anliegen zu besprechen. Die Anliegen können in diesem Rahmen meist nur aufgenommen und weitergereicht werden.
- Ich verstehe, dass es den Mitarbeiter:innen von IP nicht immer möglich ist, mich telefonisch zu beraten und außerhalb der Therapiezeiten die Ergotherapeut:innen mit anderen Aufgaben beschäftigt sind.
- Der Empfang kann mir bei dringenden Anliegen weiterhelfen.
- Ich erfrage bei einer Terminvereinbarung den Raum
- Ich kann bei Bedarf bei der/dem behandelnden/m Ergotherapeut:in einen Termin zum Einzelgespräch ausmachen. In der Gruppensituation oder PB ist ein extra Gespräch leider nicht möglich.
- Ich kann die Ergotherapeut:innen auch direkt über Mail anschreiben.

V. Umgang mit Terminabsagen

- Die Termine bei IP vereinbare ich so, dass ich sie halten kann.
- Ich weiß, dass ich 24 Stunden (Fr bis 15 Uhr für Mo) meinen Termin bei IP absagen muss, ich ansonsten eine Ausfallrechnung für diesen Termin bezahlen muss.
- Ich nutze die Erinnerungsfunktion von Doctolib.

- Ich nutze nicht die Erinnerungsfunktion von Doctolib, mir ist bewusst, dass ich bei Änderungen nicht informiert werden kann.
- Bei 2x unentschuldigtem Fehlen oder zu spätem Absagen und wenn ich die Kontinuitätsgruppe nicht nutze, bin ich mir bewusst, dass ich meinen Platz in meinem Angebotsmodul mit 12 EH verlieren kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Grundregeln und Grundlagen bei Interpassus gelesen habe und inhaltlich verstehe.

Ebenso, bestätige ich hiermit, dass ich mich an die therapeutische Vereinbarung halten werde.

Datum: _____

Name Klient:in: _____

Unterschrift Klient:in _____

VI. Wichtige Informationen und Wünsche für Gruppenangebote

Goes/Wünsche für die Gruppe (Themen, mehr oder weniger Austausch, Konstellation, Hintergründe, Need,...)

NoGoes (Lärm, Gesprächsgruppe/ Austausch über persönliche Themen in der Gruppe, Techniken, Medien, Methoden,...)

VII. Falls Sie an beruflicher Orientierung interessiert sind:

- ✓ Bitte bringen Sie für uns Ihren Lebenslauf mit

Berufliche Wünsche:

✓

Ergänzung zum beruflichen:

Weitere Fragen von Ihnen an uns:

✓

Danke fürs Ausfüllen.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit!

Wenn Ihnen noch Fragen, Themen und Ziele für die Ergotherapie einfallen, können Sie sie hier in der MindMap eintragen. Ggf. schreiben Sie in die Mitte das Haupt-/Thema

