



Vergütungsvereinbarung

Name Teilnehmer*in: _____

geb. am: _____

Anschrift Teilnehmer*in/Erziehungsberechtigte*r:

Für therapeutische Leistungen wird folgender Vergütungssatz vereinbart:

| Kurs | Dauer | Gebühr | |
|----------------------------------------------------|--------|---------|--|
| Psychomotorische Einzelstunde | 45 min | 70,- € | |
| Psychomotorische Gruppen (2) 8 Einheiten | 45 min | 240,- € | |
| Psychomotorische Gruppen (3-6) 8 Einheiten | 45 min | 160,- € | |
| Motorisch- funktionelle Behandlung | 30 min | 60,- € | |
| Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Einzel | 45 min | 70,- € | |
| Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Gruppe (2) | 45 min | 55,- € | |
| Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Gruppe (3-6) | 45 min | 35,- € | |
| Therapeutisches Schwimmen, Einzel | 45 min | 70,- € | |
| Therapeutisches Schwimmen, Gruppe (2) | 45 min | 55,- € | |
| Therapeutisches Schwimmen, Gruppe (3-6) | 45 min | 35,- € | |
| Beratende Gespräche | 45 min | 70,- € | |
| Ausführlicher Bericht | | 60,- € | |
| Schwimmbadnutzungszulage | | 5,€ | |
| Hausbesuch pauschal | | 10,- € | |
| Fahrtkosten je Entfernungskilometer | | 0,70€ | |

Dieser Vergütungssatz ist auch dann gültig, wenn eine Übernahme der Vergütung durch die Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist.

Den Versicherten ist hiermit bekannt, dass - je nach Sachlage - ein Teil der Behandlung von ihnen selbst getragen werden muss.

Die Honorarrechnung ist ungekürzt innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung fällig, unabhängig vom Erstattungszeitpunkt durch die jeweilige Erstattungsstelle.

Grafing, den _____

Unterschrift Versicherte*r
(Erziehungsberechtigte*r)

Stefanie Mörbt