



Vergütungsvereinbarung

Teilnehmer*in Name: _____

geb.am: _____

Anschrift Teilnehmer*in/Erziehungsberechtigte*r:

Für therapeutische Leistungen wird folgender Vergütungssatz vereinbart:

Kurs	Dauer	Gebühr	
Psychomotorische Einzelstunde	45 min	60,- €	
Psychomotorische Gruppen (8 Einheiten)	60 min	150,- €	
Motorisch- funktionelle Behandlung	30 min	50,- €	
Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Einzel	45 min	60,- €	
Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Gruppe (2)	60 min	45,- €	
Sensomotorisch-perzeptive Behandlung, Gruppe (3-6)	60 min	30,- €	
Therapeutisches Schwimmen	45 min	60 , €	
Beratende Gespräche	45 min	60,- €	
Ausführlicher Bericht		40,- €	
Schwimmbadnutzungszulage		5,-€	
Hausbesuch pauschal		10,- €	
Gebühr je Entfernungskilometer		0,35€	

Dieser Vergütungssatz ist auch dann gültig, wenn eine Übernahme der Vergütung durch die Erstattungsstellen nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Der*dem Versicherten ist also bekannt, dass - je nach Sachlage - ein Teil der Behandlung von ihr*ihm 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