



Vereinbarung Onkologische Trainings- & Bewegungstherapie (OTT®)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ und Ort

Telefon

Krankenkasse

Hausarzt/Hausärztin

Meine Einwilligung

Ich, Name, Vorname, möchte mich hiermit

vom Datum

bis zum Datum

für die OTT anmelden (Unterschrift Pat.).

Ich bin über folgende Inhalte und deren Gebühren aufgeklärt worden:

Inhalte	Gebühr
Eingangsanamnese Rezept, Zielvereinbarung, Testung, Geräteeinstellung, Medizinische Unbedenklichkeit, Vereinbarung 20 Minuten	Gebühr von 40,- EUR entfällt
1. Trainingsserie: Supervidiert durch Therapeut*in 12 Trainingseinheiten (2x pro Woche), 2x Rezept KG-Gerät á 6 Einheiten 1,5 Monate	Eigenanteil von 55,- EUR pro Rezept (inkl. generelle Zuzahlung)
Zwischengespräch Auswertung, zweite Befragung, Dokumentation, Geräteanpassung, Einführung in zweite Trainingsserie 20 Minuten	Gebühr von 40,- EUR entfällt
2. Trainingsserie: Supervidiert durch Therapeut*in 12 Trainingseinheiten (2x pro Woche), 1x Rezept KG-Gerät á 6 Einheiten 1x Rezept KG á 6 oder 10 Einheiten 1,5 Monate	Eigenanteil von 55,- EUR pro Rezept (inkl. generelle Zuzahlung)

Phase 1



UNIKLINIK
KÖLN



Abschlussgespräch

Auswertung, dritte Befragung, Dokumentation, Info Phase 2

20 Minuten

Gebühr von 40,- EUR entfällt

Phase 2

Eigenverantwortliches Training innerhalb Öffnungszeiten

2 Trainingseinheiten pro Woche - betreut

6 Monate

Eigenanteil von 55,- EUR/Monat
(inkl. Partner*in, falls gewünscht
für 100,00 EUR/Monat gesamt)

Sollte der/die Teilnehmer*in während der Kursdauer erkranken, kann das nicht wahrgenommene Treffen zu einem späteren Zeitpunkt kostenlos nachgeholt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Leistungserbringer*in



**UNIKLINIK
KÖLN**



**UNIKLINIK
KÖLN**



**UNIKLINIK
KÖLN**