

Behandlungsvertrag

(PKV Patient(inn)en / Selbstzahlende)

zwischen

Praxis für Logopädie und Ergotherapie –Hillebrand
Gröperstraße 88
38820 Halberstadt

– im Folgenden *der/die Logopäde(in) genannt –
und

Frau / Herrn / Familie _____
geb. am: _____
Anschrift: _____

über die Erbringung logopädischer Leistungen.

Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag über die Erbringung logopädischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung. Das Vertragsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und umfasst alle folgenden Verordnungen sowie Verordnungen aufgrund neuer Behandlungsfälle, egal von welcher Ärztin bzw. welchem Arzt verordnet. Es kann jederzeit unter Einhaltung einer 24-stündigen Frist zum nächsten Behandlungstermin gekündigt werden. Hiervon ausgenommen ist die außerordentliche Kündigung. Für die Wirksamkeit der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung ist es ohne Belang, ob und in welcher Form die Patientin bzw. der Patient einen Erstattungsanspruch gegen ein Krankenversicherungsunternehmen und / oder eine Beihilfestelle oder sonstige Kostenträger besitzt. Die Vertragsparteien vereinbaren die folgenden Vergütungssätze nach der Gebührenordnung für Therapeuten (GebüTh) im 1,8 fachen Steigerungssatz:

Erstdiagnostik: 179,82 €

(inklusive Anamnese/ Erstgespräch/Behandlungsplanung

Einzelbehandlung a 60 Minuten

Einzelbehandlung a 45 Minuten : 109,89 €

Einzelbehandlung: a 30 Minuten

Therapiebericht (wenn gewünscht): 35,38 €

Hausbesuchspauschale (inkl. Wegegeld): 34,30 € (pro Therapie)

Beratungsgespräch mit Angehörigen / Ärzten / Fachpersonal (wenn erwünscht): 93,40 €



Praxis für Logopädie und Ergotherapie D. Hillebrand
Tiergestützte Therapie, Lerntherapie und Padovan Therapie

Gröperstraße 88 38820 Halberstadt

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass die o.g. Vergütungssätze höher sind als die aktuellen beihilfefähigen Höchstbeträge für eine logopädische Behandlung und dass Sie keinen Anspruch auf vollständige Erstattung gegen die Beihilfestelle haben. Bitte erkundigen Sie sich bereits im Vorfeld inwieweit die Kostenerstattung durch die Krankenversicherung abgesichert ist.

Der Erfolg einer logopädischen Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme *des/der Patienten(in) ab. Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig wahrzunehmen. Die Terminabsprache dient der Sicherung eines zeitgemäßen Behandlungsablaufs. Die logopädische Praxis ist eine reine Bestellpraxis, da die Behandlungssituation die persönliche Gegenwart *des/der behandelnden Logopäden(in) zwingend voraussetzt. Die vereinbarten Zeiten sind ausschließlich für die jeweiligen Patient(inn)en reserviert. Die Vertragsparteien vereinbaren für den Fall, dass *der/die Patient(in) einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen kann und *den/die Logopäden(in) nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin hierüber informiert, dass *dem/der Patienten(in) eine Ausfallgebühr in Rechnung gestellt wird. Bei Therapien, die weniger als 24 Stunden vor dem Termin aber bis 08:00 Uhr am Behandlungstag abgesagt werden, werden 30€ in Rechnung gestellt. Bei fehlender oder späterer Absage eines Termins werden 60€ und bei Hausbesuchen ggf. die Kosten für die vergebliche Anfahrt privat in Rechnung gestellt. Hierbei wird *der/die Logopäde(in) mögliche Aufwendungen, die die Praxis in Folge des Therapieausfalls erspart hat, in Abzug bringen.

Der von *dem/der Patienten(in) zu zahlende Rechnungsbetrag ist sofort fällig und ist spätestens zwei Wochen nach Erhalt der Rechnung auf das folgende Konto zu zahlen:

Kontoinhaber: Dagmar Böhme
Kontonummer : 0201021153
IBAN: DE94800555000201021153
Bankleitzahl: 80055500
BIC: NOLADE21SES
Bank: Salzlandsparkasse

Im Falle des Zahlungsverzuges erhält *der/die Patient(in) eine kostenfreie erste Zahlungserinnerung. *Der/die Logopäde(in) behält sich vor, bei andauerndem Zahlungsverzug eine zweite Zahlungsaufforderung / Mahnung gegen eine von *dem/der Patienten(in) zu zahlende Bearbeitungsgebühr in Höhe von 15,00 € zu stellen. Bei Nichtzahlung innerhalb der vorgenannten Frist ist der Rechnungsbetrag nach den gesetzlichen Vorschriften zu verzinsen.

Der/die Patient(in) verpflichtet sich, *den/die Logopäden(in) umgehend über Änderungen der Kontaktdaten (Adresse / Telefonnummer / Emailadresse) oder der Krankenkassenzugehörigkeit zu informieren.

Der/die Patient(in) bestätigt mit seiner Unterschrift, das Informationsblatt zum Datenschutz als Anlage des Behandlungsvertrages erhalten zu haben.

Der/die Patient(in) befreit *den/die behandelnde(n) Logopäden(in) von der therapeutischen Schweigepflicht gegenüber den anderen Logopäd(inn)en der, Praxis für Logopädie und Ergotherapie –Hillebrand-gegenüber Mitarbeiter(inne)n der Einrichtung sowie *dem/der verordnenden Arzt(in).

Praxis für Logopädie und Ergotherapie D. Hillebrand
Tiergestützte Therapie, Lerntherapie und Padovan Therapie

Gröperstraße 88 38820 Halberstadt

Gewünschte Beratungs- / Entwicklungs- oder Arztgespräche, auch telefonisch, gelten als Therapiezeit und werden über die laufende Verordnung mit abgerechnet.

Der/die Patient(in) erklärt sich einverstanden, dass ausschließlich zum Zwecke der Erst- und Verlaufsdagnostik sowie zur Therapiedokumentation ggf. Bild- (Fotos und/oder Videos) und Tonaufnahmen angefertigt und gemäß der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen in der Patient(inn)enakte gespeichert werden. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich. Eine andere als oben genannte Verwendung (z.B. zum interdisziplinären Austausch mit anderen Therapeut(inn)en und Ärzt(inn)en oder zu Lehrzwecken) bedarf einer gesonderten Einverständniserklärung.

Ja

Nein

Wir bieten in unserer Praxis tiergestützte Therapien an. Frau Böhme hat die Therapiebegleithundeausbildung abgeschlossen und die tiergestützte Therapie (SATTT) ist zertifiziert. Besteht bei Ihnen / Ihrem Kind / einem

Familienmitglied eine Tierhaarallergie oder eine Unsicherheit bzw. Angst gegenüber Hunden?

Ja

Nein

*Der/die Patient(in) stimmt – soweit es therapeutisch indiziert ist – einem Einsatz des Therapiebegleithundeteams im Rahmen der Behandlung zu.

Ja

Nein

Wir weisen darauf hin, dass unsere Aufsichtspflicht für Ihr Kind / minderjährige Patient(inn)en sowie aufsichtspflichtige erwachsene Patient(inn)en nur über den vereinbarten Therapiezeitraum gültig ist.

Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages ungültig oder nichtig sein oder werden, wird damit die Wirksamkeit des Behandlungsvertrages insgesamt nicht tangiert. Die ungültige oder nichtige Bestimmung ist vielmehr in freier Auslegung durch eine Bestimmung zu ersetzen, die dem Vertragszweck oder dem Parteiwillen am nächsten kommt.

Durch die Unterschrift bestätigt *der/die Patient(in), eine Kopie des Vertrages erhalten zu haben.

Halberstadt, den _____

Unterschrift *des/der Logopäden(in)

Unterschrift *des/der Patienten(in)
der Eltern, *des/der Betreuers(in)