

Dienstvertrag über logopädische Behandlung

Zwischen der Logopädischen Praxis Melanie Hilgert und

Name, Vorname – Patient/in

Name, Vorname – Versicherte/r

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Straße, Hausnummer

Wohnort

1. Der Vertrag über eine logopädische Behandlung ist ein Dienstvertrag. Da eine gesetzliche Gebührenordnung für logopädische Leistungen nicht existiert und auch die für Ärzte geltende Gebührenordnung keine Anwendung findet, wird bei privater Behandlung die Höhe der Vergütung durch die hierfür getroffenen Vereinbarung zwischen Logopäden und Patienten bestimmt. Dabei kann die Höhe der Vergütung für logopädische Leistungen unter Berücksichtigung der fachlichen Qualifikation des Logopäden sowie der Art des Umfangs und der Dauer der Behandlung **individuell vereinbart werden**. Unsere Honorarvereinbarung richtet sich nach der GebüTh (1,8-facher Satz).

2. Für die Wirksamkeit der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung ist es ohne Belang ob und in welcher Form der Privatpatient einen Erstattungsanspruch gegen ein Krankenversicherungsunternehmen und/oder Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträgern besitzt. Die Höhe etwaiger Erstattungsleistungen richtet sich nach dem Inhalt des Krankenversicherungsvertrages bzw. nach den individuellen Verhältnissen (z. B. Familienstand) die für die Höhe der Beihilfe maßgebend sind. Auch wenn Krankenversicherungsunternehmen bzw. Beihilfestellen im Wege der Verwaltungsordnung für die Angemessenheit der Vergütung für logopädische Leistungen Höchstsätze festgelegt haben, berühren diese jedoch nicht das private Rechtsverhältnis und somit die Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung zwischen Logopädin und Patienten. **Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die gültigen beihilfefähigen Höchstbeträge für eine logopädische Behandlung nicht immer mit den ortsüblichen Sätzen übereinstimmen. Wir empfehlen, sich bei ihrer Krankenkasse über deren Kostensätze zu informieren!**

3. Bei individuell vereinbarter Vergütungshöhe – aber auch im Fall der Abrechnung nach der üblichen Vergütung – muss der privatversicherte bzw. beihilfeberechtigte Patient damit rechnen, dass er seine Aufwendungen **nicht voll erstattet bekommt**.

4. Im Falle des Zahlungsverzuges wird für weitere Zahlungsaufforderungen/Mahnungen eine vom Patienten zu zahlende Bearbeitungsgebühr von 10 € vereinbart. Im Falle der Nichteinhaltung der Zahlungsfrist (Verzug im Sinne des §284 BGB) vereinbaren die Parteien, dass der Rechnungsbetrag vom Schuldner mit 14 % für das Jahr verzinst wird.

5. Terminabsprachen: Wir bitten sie, vereinbarte Termine pünktlich wahrzunehmen und bei Verhinderung unbedingt frühzeitig abzusagen (mindestens 24 Stunden vorher). **Für nicht wahrgenommene Termine und solche, die später als 24 Std. vorher abgesagt wurden, wird Ihnen der entsprechende Satz, als so genannte Verweilgebühr privat in Rechnung gestellt.** Werden zwei Behandlungstermine unentschuldigt versäumt, kann der Therapieplatz anderweitig vergeben werden.

8. Bei der Behandlung von Minderjährigen besteht die Aufsichtspflicht nur während der vereinbarten Behandlungszeit.

Preise für Privatversicherte und Selbst*zahlerinnen

☐ Erstbefund zur Erstellung eines Handlungsplans	212,00 €
☐ Bedarfsdiagnostik	106,00 €
☐ Einzelbehandlung Richtwert 60 Minuten	164,00 €
☐ Einzelbehandlung Richtwert 45 Minuten	130,00 €
☐ Vor- und Nachbereitungszeit	35,00 €
☐ Hausbesuch (inkl. Wegepauschale)	42,00 €
☐ großer Therapiebericht	214,00 €
☐ kleiner Therapiebericht	15,00 €
☐ Aufschlag Telemedizin	5,00 €
☐ Verwaltungskostenpauschale bei Briefverkehr	6,00 €
☐ Telefonate mit Arzt*innen etc. pro 30 Minuten	80,00 €
☐ Invivopauschale	45,00 €
☐ Hygienepauschale	2,00 €
Botox®YourVoice	☐ S: 140 € ☐ M: 260 € ☐ L: 400 €

Datum, Unterschrift

Anmeldung für die Logopädie

.....
Name, Vorname – Patient/in |

Name, Vorname – Eltern/Vormund

.....
Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

.....
Straße, Hausnummer

Wohnort

.....
Krankenkasse

überweisender Arzt/Klinik

.....
Zuzahlungsbefreit: ja [] nein [], wenn ja – gültig bis:

Besteht eine Sorgerechtsverteilung: ja [] nein [], wenn ja – wie:

Sehr geehrter Patient/in

.....
Mit Beginn der Behandlung gehen Sie und ich als Therapeutin einen Dienstvertrag gemäß §611 BGB ein.

Ich weise Sie ausdrücklich auf die Datenschutzerklärung gem. DSGVO vom Mai 2018 hin. Diese können Sie jederzeit auf meiner Webseite oder in der Praxis einsehen.

Der Gesetzgeber gestattet es, bei einem Fernbleiben des Patienten zu einem vereinbarten Behandlungstermin, dem Patienten die für diesen Termin vorgesehene Verordnungsleistung in Rechnung zu stellen, sofern die entsprechende Terminlücke nicht rechtzeitig durch die Aufnahme eines anderen Patienten geschlossen werden konnte.

Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, müssen deshalb spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Für nicht wahrgenommene Termine und solche, die zu spät abgesagt wurden wird Ihnen der übliche Kassensatz als so genannte Verweilgebühr privat in Rechnung gestellt.

Der zurzeit gültige Therapiesatz beträgt bei 45/60 Minuten €.

Sollten Sie während der Behandlung die Krankenkasse wechseln, teilen Sie mir das bitte vorher mit. Sie laufen sonst Gefahr, Behandlungen selber bezahlen zu müssen.

Über die Diagnose, den Fortschritt der Therapie berichte ich dem überweisenden Arzt.

Weitergehende Informationen gegenüber Schulen, Kindergärten und anderen therapeutischen Einrichtungen mache ich von einem gesonderten Einverständnis ihrerseits abhängig.

.....
Datum, Unterschrift

Einwilligung

zur Datenverarbeitung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung und zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Absatz 1b SGBV

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
Wohnort

erkläre mich damit einverstanden, dass die:

Logopädische Praxis
Melanie Hilgert
Bingers. 24
14197 Berlin

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Therapeuten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bedarfsweise an mich behandelnde andere Ärzte und Gesundheitsdienstleister übermitteln darf,
- alle im Rahmen meiner Kontakte mit der Praxis erhobenen personen- und gesundheitsbezogenen Daten (Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Arztbriefe etc.) im Rahmen gesetzlicher Datenschutzvorgaben speichern darf,
- mich betreffende Gesundheits- und Abrechnungsdaten im Rahmen der gesetzlich definierten Aufgaben an Krankenversicherungen und Kassenärztliche Vereinigungen weitergeben darf, im Falle eines Arztwechsels meinerseits die über mich gespeicherten Unterlagen an den neuen Arzt oder die neue Ärztin übermitteln darf.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann, wobei mir bewusst ist, dass der Gesetzgeber verpflichtende Aufbewahrungsfristen für Gesundheitsdaten vorschreiben, auf die die Praxis keinen Einfluss hat.
- Einem namentlichen Aufruf im Wartezimmer stimme ich zu

Zustimmung der Kommunikation über

[] SMS

[] WhatsApp

[] Mail

.....
Datum, Unterschrift

Wichtige Patienteninformation

Verordnung

Bringen Sie bitte zum Behandlungsbeginn unbedingt eine gültige Verordnung mit. Sie darf nicht älter als 28 Tage sein. Ab dem Ausstellungstag ist die Verordnung bei 10 Terminen 7 Monate und bei 20 Terminen 9 Monate gültig. Patienten, die älter als 18 Jahre sind, zahlen pro Verordnung 10 Euro sowie eine Eigenbeteiligung von 10% der Rezeptgebühr. Die Zuzahlung erfolgt beim 2. Termin in der Praxis und ist bar oder mit Karte zu bezahlen. Falls die Therapie vorzeitig beendet werden sollte, erhalten Sie umgehend den Restbetrag zurück. Über eine mögliche Zuzahlungsbefreiung informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse.

Terminabsprachen

Ich bitte Sie, vereinbarte Termine pünktlich wahrzunehmen und bei Verhinderung unbedingt frühzeitig abzusagen (mindestens 24 Stunden vorher). Für nicht wahrgenommene Termine und solche, die später als 24 Std. vorher abgesagt wurden, wird Ihnen der übliche Kassensatz als so genannte Verweilgebühr privat in Rechnung gestellt. Werden zwei Behandlungstermine unentschuldigt oder kurzfristig versäumt, kann der feste Therapieplatz anderweitig vergeben werden und sie haben dann die Möglichkeit für Springertermine.

Wechsel der Krankenkasse und Kostenerstattungstarif der Krankenkasse

Sollten Sie während der Behandlung die Krankenkasse wechseln, so teilen Sie das bitte vorher mit. Sie laufen sonst Gefahr, Behandlungen selbst zahlen zu müssen. Sollten Sie einen Kostenerstattungstarif der Krankenkasse gewählt haben, der die Erstattung logopädischer Behandlungen betrifft, sind Sie verpflichtet einen Behandlungsvertrag mit uns abzuschließen. In diesem Fall werden Ihnen die therapeutischen Leistungen privat in Rechnung gestellt.

Stimm-, Sprech- und Sprachaufnahmen

Ich bin damit einverstanden, dass zu Lehr-, Supervisions- und Dokumentationszwecken Tonaufnahmen von der Therapie gemacht werden. Dabei wird selbstverständlich die Anonymität gewahrt.

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die Praxis für Logopädie von der Schweigepflicht gegenüber dem behandelnden Arzt, Gesundheitsamt, Kindergarten, Schule, Angehörigen, sonstigen Angehörigen medizinischer und psychologischer Fachberufe, die zur Förderung der Behandlung beitragen.

Aufsichtspflicht bei Minderjährigen

Ich nehme hiermit zur Kenntnis und bin einverstanden, dass eine Aufsichtspflicht der Mitarbeiter in der logopädischen Praxis ausschließlich während der Therapie besteht, vor und nach der Therapie sind die Erziehungsberechtigten/Begleitpersonen aufsichtspflichtig

.....
Datum, Unterschrift