LOGOPÄDISCHE PRAXIS
HOLZÄPFEL

Logopädische Praxis Holzäpfel
Lindenstraße 1
53773 Hennef
Tel.: 02242 / 94 60 996
Fax: 02242 / 94 60 004

# Behandlungsvertrag

(GKV Patient(inn)en)

zwischen

Logopädische Praxis Holzäpfel
Lindenstraße 1, 53773 Hennef

– im folgenden *der/die Logopäde(in) genannt –

und

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

– im folgenden *der/die Patient(in) genannt –

über die Erbringung logopädischer Leistungen.

1. Die Vertragsparteien schließen auf Wunsch *des/der Patienten(in) einen Vertrag über die Erbringung logopädischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Heilmittelverordnung vom _____ von _____.

   Das Vertragsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und umfasst alle folgenden Verordnungen sowie Verordnungen aufgrund neuer Behandlungsfälle, egal von *welchem/welcher Ärzt(in) verordnet.

   Es kann jederzeit unter Einhaltung einer 24-stündigen Frist zum nächsten Behandlungstermin gekündigt werden. Hiervon ausgenommen ist die außerordentliche Kündigung.

2. Nach Abschluss der letzten Therapieeinheit einer Verordnung erstellt *der/die Logopäde(in) für *den/die verordnende(n) Ärzt(in) auf Anforderung einen Therapiebericht. Falls *der/die behandelnde Logopäde(in) unabhängig von der schriftlichen Anforderung eine besondere Notwendigkeit für ein solches Dokument sieht, wird *er/sie einen ausführlichen Therapiebericht erstellen.

   Nach Abschluss der ersten Verordnung wird immer ein ausführlicher Therapiebericht geschrieben. Bei nachfolgenden Verordnungen entscheidet *der/die Logopäde(in) ggf. in Absprache mit *dem/der verordnenden Ärzt(in) individuell über den Umfang des Berichtes. *Der/die Patient(in) erhält eine Kopie des Therapieberichtes.

Aufgrund des Berichtes kann von *dem/der verordnenden Ärzt(in), wenn es indiziert und gewünscht ist, eine weitere Verordnung für *den/die Patienten(in) ausgestellt werden.
Bei Fehlen einer gültigen Verordnung müssen die geleisteten Einheiten von *dem/der Patienten(in) privat bezahlt werden. Hierzu erhält *der/die Patient(in) von der logopädischen Praxis eine Rechnung, wobei die Kosten der Vergütung pro Therapieeinheit seitens der Krankenkasse entsprechen. *Dem/der Patienten(in) ist bekannt, dass er/sie das Honorar für diese Leistungen dann nicht von seiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet bekommt.

3. *Der/die Logopäde(in) weist *den/die Patienten(in) auf die Zuzahlungspflicht gemäß §32 Abs. 2 SGB V i.V.v. §61 Satz 3 SGB V hin. Nach dieser gesetzlichen Regelung haben Patient(inn)en, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung selbst zu zahlen, soweit sie auf ihren Antrag nicht von der Zuzahlung befreit sind. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind immer von der Zuzahlung befreit.

4. 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. Dabei ist der Grund für die Absage (z.B. Fahrzeugschaden, Streik des ÖPNV, kurzfristige Erkrankung, Urlaub) nicht relevant. Bei Therapien, die weniger als 24 Stunden vor dem Termin aber bis 08:00 Uhr am Behandlungstag abgesagt werden, werden 25€ in Rechnung gestellt. Bei fehlender oder späterer Absage eines Termins werden 50€ 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.

5. 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: Logopädische Praxis Holzäpfel
IBAN: DE80 3706 9520 5303 8780 19
SWIFT-BIC: GENODED1RST

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.

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

7. *Der/die Logopäde(in) erhebt personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen und zur Abrechnung der erbrachten Leistungen.

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

9. *Der/die Patient(in) befreit *den/die behandelnde(n) Logopäden(in) von der therapeutischen Schweigepflicht gegenüber den anderen Logopäd(inn)en der Logopädischen Praxis Holzäpfel, gegenüber Mitarbeiter(inne)n der Einrichtung sowie *dem/der verordnenden Ärzt(in).

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

11. *Der/die Patient(in) erklärt sich einverstanden, dass ausschließlich zum Zwecke der Erst- und Verlaufsdiagnostik 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

12. Wir bieten in unserer Praxis tiergestützte Therapie an. Das Team bestehend aus Ulrike Holzäpfel und dem Border Collie Ole von der Schabernacksbande haben die Therapiebegleithundeausbildung abgeschlossen und sind durch die Steinfurter Akademie für tiergestützte Therapie (SATTT) 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 (ergänzende Anlage 2 – Hund) ☐ Nein

13. 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.

14. 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.

15. Durch die Unterschrift bestätigt *der/die Patient(in), ein Exemplar des Vertrages erhalten zu haben.

Hennef, den _____

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Unterschrift *des/der Logopäden(in)<br>Praxisstempel | Unterschrift *des/der Patienten(in)<br>der Eltern, *des/der Betreuers(in) |