

Behandlungsvertrag

(Privatpatienten / Selbstzahler)

zwischen

Logopädische Praxis Holzäpfel
Lindenstraße 1, 53773 Hennef

- im folgenden Logopädin / Logopäde genannt -

und

Frau / Herr / Familie _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

- im folgenden Patientin/Patient genannt -

über die Erbringung logopädischer Leistungen.

1. Die Vertragsparteien schließen auf Wunsch der Patientin / des Patienten einen Vertrag über die Erbringung logopädischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung von Frau (Dr.) / Herrn (Dr.)

_____ vom _____.

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.

2. Nach Abschluss der letzten Therapieeinheit einer Verordnung erhält die Patientin / der Patient einen Therapiebericht, der rechtzeitig beim verordnenden Arzt abgeben werden muss, um - wenn indiziert und vom Arzt gewünscht - eine weitere Verordnung zu erhalten.

Bei Fehlen einer gültigen Verordnung müssen die geleisteten Einheiten von der Patientin / dem Patienten privat bezahlt werden. Hierzu erhält die Patientin / der Patient von der logopädischen Praxis eine Rechnung zu den vereinbarten Vergütungssätzen.

3. Die Vertragsparteien vereinbaren die folgenden Vergütungssätze gemäß der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebüTh) mit einem Steigerungssatz von 1,4.

* Befunderhebung (inkl. Anamnese / Erstgespräch / Diagnostik / Behandlungsplanung)	122,78€
* Einzelbehandlung (30 Minuten)	48,79€
* Einzelbehandlung (45 Minuten)	70,81€
* Einzelbehandlung (60 Minuten)	94,39€
* Parallelbehandlung (45 Minuten)	63,71€
* Parallelbehandlung (60 Minuten)	84,95€
* Gruppenbehandlung (3-4 Teilnehmer) 45 Minuten je Teilnehmer	37,06€
* Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte)	7,27€
* Elektrostimulation bei Lähmungen (z.B. Larynxparesen)	17,11€
* Hausbesuchspauschale	15,12€
* Kilometerpauschale	0,41€
* Therapiebericht	26,75€
* Beratung und Einweisung der Bezugspersonen (je 30 Minuten)	48,79€

Die Logopädin / der Logopäde weist ausdrücklich darauf hin, dass die vereinbarten Vergütungssätze höher sind als die aktuellen beihilfefähigen Höchstbeträge für eine logopädische Behandlung und dass die Patientin / der Patient keinen Anspruch auf vollständige Erstattung gegen die Beihilfestelle hat. Es ist der Logopädin / dem Logopäden unbekannt, ob die Patientin / der Patient einen Erstattungsanspruch aus einem Versicherungsvertrag hat und in welcher Höhe. Die Logopädin / der Logopäde empfiehlt dringend, soweit nicht bereits im Vorfeld geschehen, umgehend die Kostenerstattung durch die Krankenversicherung zu klären.

4. Die der Patientin / dem Patienten gestellten Rechnungen sind spätestens vier Wochen nach Rechnungseingang auf das folgende Konto zu zahlen:

Kontoinhaber: Logopädische Praxis Holzäpfel

IBAN: DE80 3706 9520 5303 8780 19

SWIFT-BIC: GENODED1RST

Im Falle des Zahlungsverzuges wird ab der 2. Zahlungsaufforderung / Mahnung eine von der Patientin / vom Patienten zu zahlende Bearbeitungsgebühr von 15,00 €, ab der 3. Zahlungsaufforderung / Mahnung von 50,00 € vereinbart.

Im Falle der Nichteinhaltung der o.g. Zahlungsfrist ist der Rechnungsbetrag nach den gesetzlichen Vorschriften zu verzinsen.

- 5.** Der Erfolg einer logopädischen Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme der Patientin / des Patienten ab. Daher ist 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 der behandelnden Logopädin / des behandelnden Logopäden zwingend voraussetzt. Die vereinbarten Zeiten sind ausschließlich für die jeweiligen Patientinnen und Patienten reserviert. Die Vertragsparteien vereinbaren für den Fall, dass die Patientin / der Patient einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen kann und der Logopädin / den Logopäden nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin hierüber informiert, dass die unter Nr. 2 aufgeführten Vergütungssätze in Rechnung gestellt werden. Hierbei wird die Logopädin / der Logopäde mögliche Aufwendungen, die die Praxis in Folge des Therapieausfalls erspart hat, in Abzug bringen.
- 6.** Gewünschte Beratungs- / Entwicklungs- oder Arztgespräche, auch telefonisch, gelten als Therapiezeit und werden über die laufende Verordnung mit abgerechnet.
- 7.** Die Patientin / der Patient verpflichtet sich, die Logopädin / den Logopäden umgehend über Änderungen der Kontaktdaten (Adresse / Telefonnummer / E-Mail Adresse) oder der Krankenkassenzugehörigkeit zu informieren.
- 8.** Die Logopädin / der Logopäde erhebt personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen und zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen.
- 9.** Die Patientin / der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift, das Patienteninformationsblatt zum Datenschutz als Anlage des Behandlungsvertrages erhalten zu haben.
- 10.** Die Patientin / der Patient befreit die behandelnde Logopädin / den behandelnden Logopäden von der therapeutischen Schweigepflicht gegenüber den anderen Logopäden der Logopädischen Praxis Holzäpfel sowie gegenüber der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt.
- 11.** Die Patientin / der Patient 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 Patientenakte gespeichert werden. Ein Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich. Eine andere als oben genannte Verwendung (z.B. zum interdisziplinären Austausch mit anderen Therapeuten und Ärzten oder zu Lehrzwecken) bedarf einer gesonderten Einverständniserklärung.

Ja

Nein

12. 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.

13. Durch die Unterschrift bestätigt die Patientin / der Patient, eine Kopie des Vertrages erhalten zu haben.

Hennef, den _____

Unterschrift der Logopädin /
des Logopäden
Praxisstempel

Unterschrift der Patientin / des Patienten,
der Eltern, der Betreuerin /
des Betreuers

Zusätzliche Vereinbarung zum Behandlungsvertrag bezüglich der Kommunikation zwischen Patientin/Patient und der Praxis

Die Logopädische Praxis Holzäpfel bietet Ihnen neben der telefonischen und postalischen Kontaktaufnahme bezüglich unmittelbarer die Therapie betreffender Inhalte auch noch weitere Kommunikationswege an. Hierbei ist uns der Schutz der persönlichen Daten unserer Patienten sehr wichtig. Aus diesem Grunde empfehlen wir die elektronische Kommunikation über Email sowie über einen sicheren Messenger-Dienst, der den Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung der EU (DSGVO-EU) entspricht. Zum jetzigen Zeitpunkt verwendet die Praxis dazu die Messenger Threema und Signal.

Die Nutzung von WhatsApp ist in Hinblick auf den Datenschutz aus unserer Sicht sehr schwierig, wird aber von einigen Patienten aufgrund der einfachen und schnellen Kommunikation sowie der weiten Verbreitung gewünscht. Um diesen Wünschen Rechnung zu tragen, bieten wir Ihnen diese Kontaktmöglichkeit zusätzlich an, müssen uns aber diesbezüglich bei Ihnen rückversichern und Sie in Hinblick auf den Datenschutz bzgl. WhatsApp aufklären.

Der WhatsApp-Messenger ist auf unserem Praxishandy in einem geschützten Bereich eingerichtet, wodurch ausschließlich die Daten von Patienten, die der Nutzung von WhatsApp explizit zugestimmt haben, mit den WhatsApp-Servern synchronisiert werden. Die Kontaktdaten aller anderen Patienten sind demnach weiter geschützt.

Terminabsagen seitens der Patientin / des Patienten außerhalb der Öffnungszeiten der Praxis sind auf allen Kommunikationswegen möglich. Der Anrufbeantworter in der Praxis wie auch die Mailbox des Mobiltelefons sind jederzeit zu erreichen. Für kurzfristige Absagen während der regulären Öffnungszeiten nutzen Sie bitte ausschließlich das Festnetztelefon oder die angegebene Emailadresse.

Ich wünsche die Kontaktaufnahme durch die Logopädischen Praxis Holzäpfel für folgende Inhalte:

	SMS	Email	Threema	Signal	WhatsApp
Terminzu-/absagen seitens der Praxis					
Information zu Therapieinhalten					
Spezifische Übungen / Hausaufgaben					
Erinnerung an Kontrolltermine					
Einladung zu sonstigen Veranstaltungen					

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mich die Logopädische Praxis Holzäpfel bezüglich der folgenden Sachverhalte über die angegebenen Kommunikationswege kontaktiert:

	Telefon	Postweg
Erinnerung an Kontrolltermine		
Einladung zu sonstigen Veranstaltungen		

Meine Daten zur Kontaktaufnahme – soweit gewünscht – sind:

Postalische Anschrift:	
Festnetztelefon:	
Mobiltelefon:	
Emailadresse:	
Threema-Id:	
Signal-Mobilrufnummer:	
WhatsApp-Mobilrufnummer:	

Die Kontaktdaten der Logopädischen Praxis Holzäpfel lauten:

Postalische Anschrift:	Logopädische Praxis Holzäpfel Lindenstraße 1 53773 Hennef
Festnetztelefon:	02242/9460996
Mobiltelefon (auch WhatsApp & Signal):	0174/3035536
Emailadresse:	@logopaedie-holzaepfel.de
Threema-Id:	SFTN2R8S

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, ausführlich über die Konsequenzen meiner Einwilligung bzgl. der Kommunikation über WhatsApp zwischen mir als Patientin/Patient und der Logopädischen Praxis Holzäpfel aufgeklärt worden zu sein.

Die zusätzlichen Vereinbarungen können einzeln oder auch vollständig seitens der Patientin / des Patienten jederzeit ohne Benennung von Gründen schriftlich widerrufen.

Hennef, den _____

Unterschrift der Logopädin /
des Logopäden
Praxisstempel

Unterschrift der Patientin / des Patienten,
der Eltern, der Betreuerin /
des Betreuers