

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 bei dem 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 der gemittelten Leistungsvergütung der gesetzlichen Krankenkassen.

* Befunderhebung bei Erstkontakt (inkl. Anamnese / Erstgespräch / Diagnostik / Behandlungsplanung)	133,83€
* Befunderhebung bei Verlaufskontrolle (inkl. Verlaufsgespräch/-anamnese / Diagnostik)	108,00€
* Einzelbehandlung (Richtwert 45 Minuten)	53,19€
* Einzelbehandlung (Richtwert 60 Minuten)	77,90€
* Einzelbehandlung (Richtwert 75 Minuten)	103,82€
* Einzelbehandlung (Richtwert 120 Minuten)	155,73€
* Parallelbehandlung (Richtwert 60 Minuten)	70,08€
* Parallelbehandlung (Richtwert 75 Minuten)	93,43€
* Parallelbehandlung (Richtwert 120 Minuten)	140,14€
* Gruppenbehandlung (3-4 Teilnehmer, Richtwert 60 Minuten) je Teilnehmer	39,03€
* Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte)	8,36€
* Elektrostimulation bei Lähmungen (z.B. Larynxparesen)	18,65€
* Hausbesuch	18,59€
* Kilometerpauschale	0,57€
* Hygienepauschale (bei erhöhtem Hygienemehraufwand)	3,75€
* Therapiebericht (kurz, bis zu 20 Minuten)	34,62€
* Therapiebericht (ausführlich)	77,90€
* Beratung und Einweisung der Bezugspersonen (je 30 Minuten)	48,99€

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung.

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 oder die private Krankenversicherung 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 zwei 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 / von dem 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 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 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. 3 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. Die Patientin / der Patient verpflichtet sich, die Logopädin / den Logopäden umgehend über Änderungen der Kontaktdaten (Adresse / Telefonnummer / Emailadresse) oder der Krankenkassenzugehörigkeit zu informieren.
7. Die Logopädin / der Logopäde erhebt personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen und zur Abrechnung der erbrachten Leistungen.
8. Die Patientin / der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift, das Patienteninformationsblatt zum Datenschutz als Anlage des Behandlungsvertrages erhalten zu haben.
9. 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.
10. Gewünschte Beratungs- / Entwicklungs- oder Arztgespräche, auch telefonisch, gelten als Therapiezeit und werden über die laufende Verordnung mit abgerechnet.
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. Wir bieten in unserer Praxis tiergestützte Therapie an. Das Team bestehend aus Ulrike Holzäpfel und dem Border Collie Ole von der Schabernacksbande haben die Therapiebegleithundausbildung 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

Die Patientin / der Patient 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 Patienten sowie aufsichtspflichtige erwachsene Patienten 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 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