

Behandlungsvereinbarung

zwischen „Logopädische Praxis Seehof - Nadine Dunz“ Gerhart- Hauptmann- Str. 1, 14513 Teltow
E-Mail: kontakt@logopaedie-seehof.de

Liebe Patienten, bitte lesen Sie sich den Behandlungsvertrag sorgfältig durch. Diese Vereinbarung schließen wir mit Ihnen als Patient ab, um die Grundlage für eine reibungslose und erfolgreiche Zusammenarbeit zu schaffen.

Patientendaten

Name, Vorname (Patienten)

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer/ Wohnort

Überweisender Arzt

Diagnose

1. Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag (auf unbestimmte Zeit) über die Erbringung logopädischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung vom .
2. Bitte beachten Sie, dass unsere **Aufsichtspflicht** für ihr Kind nur für den vereinbarten Therapiezeitraum gültig ist.
3. Die Praxis ist als reine Bestellpraxis organisiert. Jeder Termin wird nur für Sie reserviert. Daher sollten diese stets pünktlich eingehalten werden. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, **sagen Sie den Termin mindestens 24h vorher ab.** Andernfalls sind wir berechtigt laut § 615 BGB eine Ausfallgebühr bei Nicht oder zu spät abgesagten Terminen in Rechnung zu stellen. **Unser Ausfallhonorar beträgt 60,00€.**
4. Wir weisen darauf hin, dass gebührenpflichtige Patienten die **gesetzliche Zuzahlung** an uns zu entrichten haben. Die Zuzahlung ist umgehend nach Rechnungseingang auf das genannte Praxiskonto zu zahlen.
Zuzahlungspflicht gemäß § 32 Abs. 2 SGB V i.V.v. §61 Satz 3 SGB V hin. Nach der gesetzlichen Regelung haben Patienten die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10% der Kosten sowie 10€ je Verordnung selbst zu zahlen. **(Dies betrifft nicht die Privatpatienten)**
5. Ein Wechsel der Krankenkasse oder Änderungen der Kontaktdaten müssen der Praxis zeitnah mitgeteilt werden.
6. Ihre aktive Teilnahme bestimmt den Therapieerfolg. Daher ist es wichtig vereinbarte Termine zuverlässig wahrzunehmen.
7. Personenbezogene Daten werden ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzvereinbarung erhoben.

<p><u>Gesetzlich versicherte Patienten:</u> Folgende Leistungen werden durch die Krankenkasse übernommen: Erstdiagnostik, Einzel- oder Gruppentherapie: 30 Min./ 45 Min. (Einzel: 71,67€ oder Gruppe 64,50€)/ 60 Min., Hausbesuch (wenn ärztlich verordnen) sowie Verordnungsbericht</p>	<p><u>Privatpatienten:</u> Hier gelten die Bestimmungen Ihres persönlichen Vertrages mit der Krankenkasse. Unsere <u>Privatpreise</u> entsprechen dem 1,8 fachen Satz der GKV-Preise.</p>
---	---

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und in die Behandlung einzuwilligen.

Bitte zusätzlich die beigefügten Dokumente zur Datenschutzvereinbarung & ggf. Schweigepflichtentbindung unterzeichnen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Beendigung des Behandlungsvertrages

Beide Parteien können den Vertrag jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden.

Widerruf aller Einwilligungen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich informiert wurde, alle Einverständniserklärungen jederzeit, schriftlich widerrufen zu können.

Ort, Datum	Stempel/ Unterschrift Praxis

Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)

Die Dokumente wurden zur besseren Lesbarkeit in der maskulinen Form verfasst. Alle Begriffe beziehen sich selbstverständlich gleichermaßen auf Personen aller Geschlechter. Diese Formulierung dient ausschließlich der Vereinfachung und beinhaltet keine Wertung oder Diskriminierung.