

BEHANDLUNGSVERTRAG

PatientIn

Anrede Herr Frau k.A.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Versicherung

- gesetzlich** Für nicht zuzahlungsbefreite PatientInnen fällt eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro zzgl. 10% der Behandlungskosten an. Kinder unter 18 Jahren sind grundsätzlich von der Zuzahlung befreit. Die Behandlungskosten berechnen sich auf Grundlage der jeweils zum Behandlungszeitpunkt geltenden Vergütungssätze.
- zuzahlungsbefreit** Die Zuzahlungsbefreiung ist vor Behandlungsbeginn einzureichen.
- Beihilfe** Die Kosten für eine therapeutische Behandlung orientieren sich jeweils an den zum Zeitpunkt der Behandlung geltenden beihilfefähigen Höchstsätze. Diese werden der PatientIn nach Einreichung bei der zuständigen Beihilfestelle in der Regel in voller Höhe erstattet, sodass der PatientIn keine Kosten entstehen. Die vereinbarte Vergütung ist auch dann in voller Höhe zu entrichten, falls der zuständige Kostenträger die Vergütungssätze nicht oder nicht in voller Höhe erstattet.
- privat** Für die therapeutische Behandlung sowie in diesem Zusammenhang durchgeführte Beratungs- und Elterngespräche berechnet TherapieWelt unbeachtlich des verordneten Heilmittels ein festes Zeithonorar auf Grundlage der nachfolgenden Übersicht. Die Rechnungstellung erfolgt nach Erbringung der jeweils auf einer Verordnung angegebenen Verordnungsmenge bzw. nach Abbruch der Behandlung. Die vereinbarte Vergütung ist auch dann in voller Höhe zu entrichten, falls der zuständige Kostenträger die Vergütungssätze nicht oder nicht in voller Höhe erstattet.

Therapeutische Einzelbehandlung je 15 Minuten	45,00 €
Gruppen-Therapie 2 PatientInnen je 15 Minuten	40,00 €
Gruppen-Therapie 3-5 PatientInnen je 15 Minuten	30,00 €
Logopädische Erstdiagnostik (60 Minuten) je Verordnungsfall	210,00 €
Logopädische Bedarfsdiagnostik (30 Minuten) bei Bedarf	110,00 €
Schriftlicher Arztbericht auf Anforderung	220,00 €
Arztkontakt/-kommunikation je Verordnung, Porto etc.	40,00 €
Hausbesuchspauschale je Anfahrt	40,00 €

Einwilligung Teletherapie

- Ich willige ein, die therapeutischen Maßnahmen auch als telemedizinische Leistung zu empfangen. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, dieser Zustimmung zu widerrufen.

Minderjährige PatientInnen

Sofern die PatientIn minderjährig ist, verpflichtet sich der gesetzliche Vertreter, die PatientIn pünktlich zum Ende einer Therapieeinheit abzuholen. TherapieWelt kann keine Beaufsichtigung nach Ende der Therapieeinheit sicherstellen.

Ab 7 Jahren dürfen Kinder die Therapieeinheiten selbstständig auf der Heilmittelverordnung bestätigen und somit auch allein zur Therapie kommen. Falls Sie dies wollen, bestätigen Sie bitte entsprechendes: Auf S. 1 genannte/r PatientIn

- darf für die erhaltene therapeutische Leistung an Stelle des gesetzlichen Vertreters unterschreiben.
- darf selbstständig zur logopädischen Therapie kommen.
- darf selbstständig die Praxis verlassen.

Dies geschieht mit der ausdrücklichen Einwilligung des gesetzlichen Vertreters für den gesamten Zeitraum der logopädischen Therapie bis zu ihrem Widerruf. Nehmen Sie zudem zur Kenntnis, dass TherapieWelt keine Aufsichtspflicht vor und nach der Therapie übernehmen kann.

Mögliche Therapiezeiten

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag					
Nachmittag					

Bitte mögliche Therapiezeiten mit Uhrzeit eintragen

Absagefrist

Zwischen der Praxis TherapieWelt und auf S. 1 genannte/r PatientIn wird ein Behandlungsvertrag geschlossen. Da die Praxis als Bestellpraxis geführt wird, ist jeder mit der PatientIn vereinbarte Termin ausschließlich für sie/ihn reserviert. Für den Fall, dass reservierte Termine nicht wahrgenommen werden, ist die PatientIn nach § 615 BGB verpflichtet, TherapieWelt die hierdurch entfallende Vergütung zu ersetzen, da die Kosten in diesem Fall nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Aus diesem Grund müssen Termine, die nicht wahrnehmen können, **mindestens 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden. Für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellt TherapieWelt der PatientIn eine Rechnung aus. Die Höhe dieser beträgt pauschal 20€ pro 15 Minuten geplanter Behandlungszeit, unabhängig von dem Grund der Verhinderung. Sollte TherapieWelt den Termin anderweitig belegen können, wird keine Rechnung gestellt. Sollte TherapieWelt durch die nicht rechtzeitige Absage eines Behandlungstermins eine Rechnung ausstellen, bleibt es der PatientIn unbenommen, den Nachweis zu führen, dass ein Honorarausfall konkret entweder nicht oder nicht in der Höhe entstanden ist. TherapieWelt behält sich das Recht vor, vereinbarte Termine aus betrieblichen Gründen auch kurzfristig abzusagen.

Rechnungstellung

Die Zahlung sämtlicher Preise und Kosten erfolgt unbar. Unter Verweis auf § 4 Nr. 14 a) UStG führt TherapieWelt keine Umsatzsteuer ab und weist diese nicht aus. Die Rechnungstellung erfolgt nach Abschluss der Behandlung. Im Falle des Zahlungsverzugs behält sich TherapieWelt das Recht zur Einleitung eines Mahnverfahrens vor. Ein vorzeitiger Abbruch der Behandlung entbindet die PatientIn nicht von der Pflicht, bereits in Anspruch genommene Leistungen zu bezahlen.

Datenschutz

TherapieWelt erhebt, verarbeitet und speichert personenbezogene Daten für Zwecke der Behandlung und damit in Verbindung stehende Tätigkeiten (siehe in der Praxis aushängende Hinweise zur Datenverarbeitung). Zum Zweck der Behandlungsdokumentation kann TherapieWelt während der Therapie Bild- und Videomaterial erstellen. In Einzelfällen können patientenbezogene Daten über unverschlüsselte Kommunikationswege (E-Mail/Messenger-Dienste) übermittelt werden.

Sonstiges

Die PatientIn versichert die Richtigkeit der Angaben und verpflichtet sich, TherapieWelt umgehend über Änderungen der Adresse und Kontaktdaten sowie des Versicherungsstatus zu informieren. TherapieWelt behält sich vor, diese Vertragsbedingungen jederzeit zu überarbeiten.

Als PatientIn bzw. gesetzliche/r VertreterIn beauftrage ich TherapieWelt mit der Erbringung therapeutischer Leistungen. Ich erkläre mich mit der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen einverstanden. Die Zusammenarbeit erfolgt auf Basis der obenstehenden Regelungen. Ich habe den Behandlungsvertrag gelesen und stimme diesem ausdrücklich zu. Eine Ausfertigung wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn / gesetzlicher Vertreter