



PRAXIS FÜR LOGOPÄDIE
KERSTIN MÜLLER

sprachprax

Behandlungsvertrag

GKV Patient(inn)en

zwischen sprachprax Praxis für Logopädie Kerstin Müller, Godesberger Allee 90, 53175 Bonn

und

(ggf. zusätzlich Name, Anschrift des Erziehungsberechtigten oder Betreuers)

Von der gesetzlichen Zuzahlung [] befreit, [] nicht befreit

1. Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag über die Erbringung logopädischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung vom _____.
2. Der Behandlungsvertrag kann jederzeit mit einer Frist von 24 Stunden gekündigt werden. Im Übrigen gilt §627 BGB.
3. Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme *der/die Patient(in) ab. Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen. Diese Termine sind Fixtermine und werden allein für *den/die Patienten(in) freigehalten. Das Personal wird allein und ausschließlich für diesen Termin vorgehalten. Eine Behandlung ohne vorherige Terminvereinbarung ist nicht möglich (sog. Bestellsystem).

Unterbleibt die rechtzeitige Absage, gerät *der/die Patient(in) unabhängig vom Verschulden in Annahmeverzug. Die Praxis ist zu einem weiteren Bereithalten der Leistung nicht verpflichtet und muss die Leistung nicht gesondert anbieten. Die Vertragsparteien vereinbaren für den Fall, dass *der/die Patient(in) einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen kann und *den/die Logopäde(in) nicht **spätesten 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin hierüber informiert, dass *dem/der Patient(in) eine Ausfallgebühr in Rechnung gestellt wird. Bei Therapien, die **weniger als 24 Stunden und mindestens 6 Stunden vor dem Termin am Behandlungstag abgesagt werden**, werden *dem/der Patienten(in) 30€ in Rechnung gestellt. Bei fehlender oder verspäteter Absage eines Termins ist *der/die Patient(in) unter diesen Umständen verpflichtet, die vereinbarte Vergütung für den Termin zu zahlen (Annahmeverzug) und bei Hausbesuchen ggf. die Kosten für die vergebliche Anfahrt privat in Rechnung gestellt, es sei denn der Termin konnte noch anderweitig vergeben werden. Ersparte Aufwendungen werden in Abzug gebracht. Es gilt §615 BGB.

Soweit die Voraussetzungen des Annahmeverzugs nicht vorliegen, schuldet der Patient pauschalierten Schadenersatz in Höhe von 72% der für den Termin vereinbarten oder gesetzlich festgelegten Vergütung, es sei denn, *der/die Patient(in) war unverschuldet an der rechtzeitigen Absage verhindert. *Dem/der Patienten(in) steht der Nachweis frei, dass gar kein oder ein geringer Schaden entstanden ist.

Dieses Ausfallhonorar muss der Patient selbst tragen. Es erfolgt keine Erstattung durch den Träger/Versicherer der Krankheitskosten.

4. Bitte beachten Sie, dass unsere Aufsichtspflicht für Ihr Kind nur für den vereinbarten Therapiezeitraum gewährleistet ist.
5. Wir weisen darauf hin, dass gebührenpflichtige Patienten(innen) die gesetzliche Zuzahlung an uns zu entrichten haben (§32 Abs. 2 SGB V i.V.v. §61 Satz 3 SGB V). Nach gesetzlicher Regelung haben Patienten(innen), 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung selbst zu zahlen, soweit sie auf ihren Antrag nicht von der Zuzahlung befreit sind. Kinder betrifft der Eigenanteil bis zum 18. Lebensjahr nicht. Sollte der zu zahlende Betrag nach der ersten Mahnung nicht bei uns eingegangen sein, reichen wir die Rechnungsstellung gemäß dem Rahmenvertrag zwischen dem GKV Spibu und den Logopädischen Berufsverbänden an Ihre Krankenkasse weiter. Ihre Krankenkasse wird sich dann erneut zur Begleichung der Rechnung Ihrerseits auffordern.
6. Ein Wechsel der Krankenkasse oder Änderung der Kontaktdaten müssen der Praxis zeitnah mitgeteilt werden.
7. Wir bitten Sie, rechtzeitig eine neue Folgeverordnung mitzubringen. Wir teilen Ihnen dies rechtzeitig vor Beendigung der laufenden Verordnung mit. Bitte bringen Sie die Verordnung zum nächsten, spätestens zum neuen Behandlungsbeginn mit, sonst wird die geleistete Therapie privat in Höhe der Kassenleistung in Rechnung gestellt. *Dem/Der Patient(in) ist bekannt, dass *er/sie das Honorar für diese Leistungen dann nicht von seiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet bekommt.
8. *Der/Die Patient(in) bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift, das Informationsblatt zum Datenschutz als Anlage des Behandlungsvertrages erhalten zu haben.
9. *Der/Die Patient(in) befreit *den/die Logopäd(inn)en von der therapeutischen Schweigepflicht gegenüber den anderen Logopäd(inn)en der Logopädischen Praxis Kerstin Müller, gegenüber Mitarbeiter(inn)en der Einrichtung sowie *dem/der Ärzte(in). *Der/Die Patient(in) bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift, das Informationsblatt zur Schweigepflichtsentbindung als Anlage des Behandlungsvertrages erhalten zu haben.
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 Verlaufsdagnostik 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 (z.B. zum interdisziplinären Austausch mit anderen Therapeut(inn)en und Ärzt(inn)en oder 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 Patienten am nächsten kommt.

13. Unsere Praxis ist zur Teilnahme an einem außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle nicht verpflichtet und nicht bereit.

Mit der Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, mich an die oben genannten Vereinbarungen zu halten und bestätige, eine Kopie des Vertrages erhalten zu haben.

Bonn, _____

Unterschrift *des/der Logopäden(in)
Praxisstempel

Unterschrift *des/ der Patienten(in)
der Eltern, *des/der Bertreuers(in)