



Praxis für Sprach-, Legasthenie- und Dyskalkulietherapie
Dunja Ratmann
Akademische Sprachtherapeutin (dbs)
Diplomierte Legasthenie- und Dyskalkulietrainerin

Franz - Bücheler Str. 2
53129 Bonn

Telefon: 0228 – 227 30 31

Email: praxis@ratmann.com

Behandlungsvertrag (GKV)

zwischen

Praxis für Sprachtherapie
Inhaberin: Dunja Ratmann
Franz-Bücheler Str. 2
53129 Bonn

und

Frau/Herrn/Familie _____
geb. am: _____
Anschrift: _____
Email-Adresse: _____
Handynummer: _____

über die Erbringung sprachtherapeutischer Leistungen.

1. Die Vertragsparteien schließen auf Wunsch der Patientin / des Patienten einen Vertrag über die Erbringung sprachtherapeutischer 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.

1. Nach Abschluss der letzten Therapieeinheit einer Verordnung erhält der Arzt/ die Ärztin einen Therapiebericht, 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 Praxis eine Rechnung, wobei die Kosten der Vergütung pro Therapieeinheit den Sätzen der Krankenkasse entsprechen. Der Patientin / dem Patienten ist bekannt, dass er das Honorar für diese Leistungen dann nicht von seiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet bekommt.
Gewünschte Beratungs-/Entwicklungs- und Arztgespräche, auch telefonisch, gelten als Therapiezeit und werden über die laufende Verordnung abgerechnet.
2. Die Therapeutin/ der Therapeut weist die Patientin / den Patienten auf die Zuzahlungspflicht gemäß § 32 Absatz 2 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V hin. Nach dieser gesetzlichen Regelung haben Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung selbst zu zahlen, soweit sie auf Antrag nicht von der Zuzahlung befreit sind. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind immer von der Zuzahlung befreit.

3. 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 Praxis ist eine reine Bestellpraxis. Die vereinbarten Zeiten sind ausschließlich für die jeweiligen Patientinnen und Patienten reserviert. Wir behalten uns vor, bei Krankheit oder Urlaub der Therapeutin/des Therapeuten, den Termin ohne vorherige Absprache von einer Kollegin/einem Kollegen unseres Teams vertreten zu lassen.

Die Vertragsparteien vereinbaren für den Fall, dass ein Termin nicht mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt wurde, dass hierfür eine Ausfallgebühr in Höhe von 30,00 Euro in Rechnung gestellt wird. Im Falle eines Zahlungsverzuges (28 Tage nach Rechnungseingang) wird ab der ersten Mahnung eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 Euro, ab der 2. Mahnung von 20,00 Euro und ab der 3. Mahnung von 50,00 Euro erhoben. Bei Behandlung von Kindern verpflichten sich die Erziehungsberechtigten dafür Sorge zu tragen, dass das Kind regelmäßig zu den verabredeten Terminen erscheint.

4. Die Patientin/ der Patient willigt hiermit ein, dass die behandelnden Sprachtherapeuten der Praxis für Sprachtherapie Ratmann der Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Personen aus dem therapeutischen, dem ärztlichen, dem pflegerischen, als auch dem pädagogischen Bereich entbunden sind.
5. Die Leitung behält sich vor, die Therapie abubrechen, sofern Behandlungen wiederholt unentschuldigt nicht wahrgenommen werden.
6. Die Patientin/der Patient verpflichtet sich, Änderungen ihrer/seiner Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Emailadresse) der Praxis unverzüglich mitzuteilen.

7. **Datenschutzrechtliche Einwilligung**

Die Therapeutin / der Therapeut erhebt die personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der Datenschutzbestimmungen und im Einklang mit der datenschutzrechtlichen Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten. Die Patientin / der Patient bestätigt, die datenschutzrechtliche Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten erhalten zu haben. Sie liegt diesem Vertrag als Anlage bei.

- Die Patientin/ der Patient ist damit einverstanden, dass seine personenbezogenen Daten verarbeitet werden dürfen, soweit dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich bzw. förderlich ist. Insbesondere willigt die Patientin / der Patient ein, dass in diesem Rahmen der Therapeut / die Therapeutin die personenbezogenen Daten an Dritte, insbesondere Ärzte, Pflegepersonal, Erzieher/innen, Krankenkassen und andere Einrichtungen, übermitteln darf.
- Die Patientin/ der Patient erklärt sich einverstanden, dass ausschließlich zum Zwecke der Erst- und Verlaufsdagnostik sowie zu Therapiedokumentation ggfs. Bild- (Fotos und/ oder Videos) und Tonaufnahmen angefertigt und über den Zeitraum der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen in der Patientenakte (auch digital) gespeichert werden. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Eine andere als oben genannte Verwendung (z.B. zum interdisziplinären Austausch mit anderen Therapeuten und Ärzten oder zu Lehrzwecken) bedarf einer weiteren gesonderten Einverständniserklärung.

Ich stimme dem Behandlungsvertrag zu und habe eine Kopie des Vertrages erhalten.

Bonn, den _____

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

Unterschrift der Therapeutin / des
Stempel