



**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](mailto:praxis@ratmann.com)

## Behandlungsvertrag

(Privatpatienten/Selbstzahler)

**zwischen**

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

**und**

Frau/Herr/Familie \_\_\_\_\_  
 geb. am: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Email-Adresse: \_\_\_\_\_  
 Handynummer: \_\_\_\_\_

### über die Erbringung sprachtherapeutischer Leistungen.

Gemäß der Gebührenübersicht für Therapeuten (GebÜTh) werden folgende Vergütungssätze zwischen den Vertragsparteien vereinbart:

Leistungen	Richtwert (Minuten)	Euro
Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans	45-60	129,25
Bedarfsdiagnostik	30	64,63
Einzelbehandlung	30	57,40
Einzelbehandlung	45	78,90
Einzelbehandlung	60	100,50
Gruppenbehandlung 2 Personen ( je teilnehmende Person)	45	71,10
Gruppenbehandlung 2 Personen ( je teilnehmende Person)	90	129,25
Gruppenbehandlung 3-5 Personen ( je teilnehmende Person)	45	35,40
Gruppenbehandlung 3-5 Personen ( je teilnehmende Person)	90	68,63
Ausfallpauschale (Termin wurde nicht 24 Stunden vorher abgesagt)		30,00
Hausbesuch ( z.B. im Privathaushalt, in einer Alten- Pflege- und Behinderteneinrichtung)		24,66
Therapiebericht (kurz)		25,00
Therapiebericht/Gutachten (ausführlich)		129,25
Hygienepauschale, pro Behandlung		1,50

(Stand 01/2022)

Der Richtwert, im Sinne des Leistungsverzeichnisses, beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich Vor- und Nachbereitungszeit. Die erste Verordnung beinhaltet immer 10 Einzelbehandlungen, sowie eine zusätzliche Stunde für die Erstdiagnostik (11 Termine).

**Es wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch die zuständigen Stellen (Beihilfestelle, Krankenkasse) möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, und dass die Differenz vom Patienten bzw. vom Versicherungsnehmer selbst zu tragen ist.**

Gewünschte Beratungs-, Entwicklungs- und Arztgespräche, auch telefonisch, gelten als Therapiezeit und werden je nach Dauer (30/45/90 Minuten) in Rechnung gestellt.

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

#### **1. Dauer :**

Das Vertragsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann von jeder Seite mit einer Frist von 24 Stunden bis zum nächsten Behandlungstermin gekündigt werden.

#### **2. Regelmäßige Teilnahme:**

Der Patient/ die Patientin verpflichtet sich, regelmäßig zu den vereinbarten Terminen zu erscheinen. Bei Behandlung von Kindern verpflichten sich die Erziehungsberechtigten dafür Sorge zu tragen, dass das Kind regelmäßig zu den verabredeten Terminen erscheint. 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.

#### **3. Schweigepflichtentbindung:**

Der Patient/ die Patientin 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.

#### **4. Terminverhinderung:**

Dem Patienten/ der Patientin ist bekannt, dass Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, mit Euro 30,00 € privat in Rechnung gestellt werden. Dies gilt auch für Therapien in externen Einrichtungen.

Die Therapien finden auch in den Ferien statt, es sei denn, die behandelnde Therapeutin/ der behandelnde Therapeut informiert Sie rechtzeitig, dass die Behandlung verlegt werden muss oder ausfällt.

#### **5. Zahlungsmodalitäten**

Im Falle eines Zahlungsverzuges (28 Tage nach Rechnungseingang), wird mit der ersten Mahnung eine Bearbeitungsgebühr von 10,00 Euro, mit der zweiten Mahnung von 20,00 Euro und ab der dritten Mahnung von 50,00 Euro erhoben. Die Patientin/der Patient verpflichtet sich, Änderungen ihrer/seiner Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Emailadresse) der Praxis unverzüglich mitzuteilen.

#### **6. Abbruch der Therapie**

Die Praxis behält sich vor, die Therapie abubrechen, sofern Behandlungen wiederholt unentschuldigt nicht wahrgenommen werden oder unüberbrückbare Differenzen im Patienten-Therapeuten Verhältnis bestehen.

#### **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