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

(Privatpatienten/Selbstzahler)

zwischen

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

und

Name des/der Versicherungsnehmer/in:

Anschrift:

Email-Adresse: Handynummer:

Name des/der Patienten/in:

Anschrift:

Geburtsdatum:

über die Erbringung sprachtherapeutischer Leistungen.

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

Leistungen	Richtwert (Minuten)	Euro
Erstdiagnostik (inkl. Anamnese/Diagnostik/Behandlungsplanung)	45-60	175,88
Einzelbehandlung	30	78,18
Einzelbehandlung	45	107,50
Einzelbehandlung	60	136,82
Gruppenbehandlung 2 Personen (je teilnehmende Person)	45	96,75
Gruppenbehandlung 2 Personen (je teilnehmende Person)	60	120
Gruppenbehandlung 2 Personen (je teilnehmende Person)	90	175,91
Gruppenbehandlung 3-5 Personen (je teilnehmende Person)	45	48,87
Gruppenbehandlung 3-5 Personen (je teilnehmende Person)	90	87,96
Ausfallpauschale (Termin wurde nicht 24 Stunden vorher abgesagt)		45,00
Hausbesuch (z.B. im Privathaushalt, in einer Alten- Pflege- und Behinderteneinrichtung)		33,57
Verordnungsbericht (zum Ankreuzen, bis zu 2 Minuten)		9,78
Therapiebericht (kurz, bis zu 20 Minuten)		43,98
Therapiebericht/Gutachten (ausführlich)		175,91

(Stand 1/25)

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.

§ 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:
Der Erfolg einer sprachtherapeutischen 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. Auch regelmäßige Elterngespräche sind teil der Therapie. Die Praxis ist eine reine Bestellpraxis, da die vereinbarten Zeiten ausschließlich für die jeweilige Patientin/den jeweiligen Patienten reserviert sind.
Die Vertragsparteien vereinbaren für den Fall, dass ein Termin nicht mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt wurde (auch bei Erkrankung des/der Patienten/in über Nacht) , dass hierfür eine Ausfallgebühr in Höhe von 45,00 Euro in Rechnung gestellt wird.

§ 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 Zusätzliche kostenpflichtige Leistungen
Beratungs-, Entwicklungs- und Arztgespräche, auch telefonisch, gelten als Therapiezeit und werden je nach Dauer (30/45/90 Minuten) in Rechnung gestellt.
Des Weiteren nehmen wir 2,00 Euro Materialgeld (pro Verordnung) für Kopien, Hefter, Mundspatel u.ä., die der Patient/die Patientin bar zu Beginn jeder neuen Verordnung zahlt. Sollte die Therapie kein Material erfordern, muss das Materialgeld nicht gezahlt werden.

§ 7 Abbruch der Therapie
Die Praxis behält sich vor, die Therapie abzubrechen, sofern Behandlungen wiederholt abgesagt oder unentschuldigt nicht wahrgenommen werden oder unüberbrückbare Differenzen im Patienten-Therapeuten Verhältnis bestehen.

§ 8 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 Verlaufsdiagnostik 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.

- Die Patientin/ der Patient erklärt sich einverstanden, dass die Kommunikation per Email zwischen der Praxis und ihm/ihr ohne Verschlüsselung erfolgt. Sie kann daher Sicherheitslücken aufweisen. Ich bin mir dieser Gefahren, sowie der damit verbundenen Risiken bewusst und wünsche dennoch eine entsprechende Kommunikation per Email.

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

Bonn, den

_____	_____
Unterschrift der Patientin / des Patienten, der Eltern der Betreuerin / des Betreuers	Unterschrift der Therapeutin / des Therapeuten Stempel