



Behandlungsvertrag

zwischen der Praxis für Logopädie Christina Stock-Schönfelder
Stadtplatz 28, 95478 Kemnath
und

Herrn / Frau _____

(Versicherungsnehmer)

Adresse _____

Telefon _____

E-Mail _____

1. Behandlungsvertrag

Die Vertragsparteien schließen auf Wunsch des/der Patienten/in einen Vertrag über die Erbringung logopädischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Heilmittelverordnung.

Verordnung vom: _____ ausgestellt durch: _____

Das Vertragsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und umfasst alle folgenden Verordnungen sowie Verordnungen aufgrund neuer Behandlungsfälle, unabhängig davon, von welchem Arzt bzw. welcher Ärztin die jeweilige Verordnung ausgestellt wurde.

Der Vertrag kann jederzeit unter Einhaltung einer Frist von 24 Stunden zum nächsten Behandlungstermin gekündigt werden. Hiervon unberührt bleibt das Recht zur außerordentlichen Kündigung.

2. Zuzahlung und Rezeptgebühr

Für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die keinen Befreiungsbescheid der Krankenkasse vorlegen, gilt:

Gesetzlich Versicherte haben den gesetzlich vorgesehenen Eigenanteil in Höhe von 10 % der Behandlungskosten sowie die gesetzliche Zuzahlung von 10 € je Verordnung zu leisten.

Die Zuzahlung wird nach der letzten Therapieeinheit der laufenden Heilmittelverordnung erhoben. Hierüber erhält der/die Patient/in eine Rechnung. Die Rechnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung ohne Abzug zu begleichen.

Ein möglicher Erstattungsanspruch gegenüber dem Kostenträger ist von dem/der Versicherten direkt gegenüber diesem geltend zu machen.

3. Terminregeln und Ausfallgebühr

Verbindlichkeit der Termine: Die logopädische Praxis ist eine Bestellpraxis. Die vereinbarten Behandlungszeiten werden ausschließlich für den/die jeweiligen Patienten/in reserviert. Der/die Patient/in verpflichtet sich, die vereinbarten Termine zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen.

Terminabsagen oder Terminverschiebungen müssen mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Behandlungstermin erfolgen.

Maßgeblich ist der rechtzeitige Eingang der Mitteilung an die Praxis.

Die Absage kann erfolgen:

- telefonisch unter 09642/704896 oder 0151/11333364 (Christina Stock-Schönfelder); ist die Praxis nicht persönlich erreichbar, kann eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen oder eine Nachricht auf dem Handy gesendet werden.
- per E-Mail an info@besser-reden.com

Ausfallgebühr: Im Sinne der Wirtschaftlichkeit wird bei nicht fristgerecht abgesagten Terminen eine Ausfallgebühr in Höhe von 47,00 € erhoben. Die Ausfallgebühr dient dem Ausgleich der durch den reservierten und nicht anderweitig vergebenen Behandlungstermin entstehenden Kosten.

Eine Ausfallgebühr entfällt, wenn es der Praxis gelingt, den ausgefallenen Termin anderweitig zu vergeben. Die Praxis kann hierzu insbesondere auf Patienten der Warteliste zurückgreifen. Die Ausfallgebühr ist vom/von der Patienten/in bzw. der zahlungspflichtigen Person selbst zu tragen. Eine Übernahme durch die Krankenkasse oder einen sonstigen Kostenträger ist grundsätzlich nicht vorgesehen.

Sofern fachlich, organisatorisch und technisch möglich, kann die Praxis bei einem nicht wahrnehmbaren Präsenztermin alternativ eine Videobehandlung anbieten.

Der/die Patient/in trägt die Verantwortung dafür, eine rechtzeitige Absage nachweisen zu können. Ein wichtiger Grund, der die Wahrnehmung des Termins verhindert, ist der Praxis unverzüglich mitzuteilen.

Die Regelung zur Ausfallgebühr wird dem/der Patienten/in bereits bei der Terminvereinbarung bzw. mit diesem Behandlungsvertrag transparent mitgeteilt.

4. Aufsichtspflicht bei minderjährigen Patienten

Die Aufsichtspflicht der Praxis für minderjährige Patientinnen und Patienten endet mit dem Ende der vereinbarten Behandlungszeit. Bei verspätetem Abholen kann eine Beaufsichtigung über die vereinbarte Behandlungszeit hinaus nicht gewährleistet werden.

5. Schweigepflichtentbindung

Zur besseren Kommunikation mit behandelnden Ärzten, Therapeuten oder Pädagogen kann eine Schweigepflichtentbindung erteilt werden. Die Entbindung bezieht sich ausschließlich auf den Austausch behandlungsbezogener Inhalte.

- Ärzte, Therapeuten und Pädagogen
- Familienangehörige
- Gesetzliche Vertreter

Falls einzelne Personen von der Schweigepflichtentbindung ausgeschlossen werden sollen, ist dies der Praxis mitzuteilen.

☐ Schweigepflichtsentbindung wird erteilt ☐ Schweigepflichtsentbindung wird nicht erteilt

6. Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Digitale Kommunikationswege wie unverschlüsselte Email oder Messenger- Nachrichten sind nicht sicher. Sie können jedoch der Übermittlung von Termin- und Kontaktdaten oder gesundheitsbezogener Informationen (z.B. Angaben zur Verordnung, Befunde, Berichte) durch die Praxis über den Messenger- Dienst WhatsApp oder über Email ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung zustimmen.

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt.

☐ Einwilligung wird erteilt ☐ keine Nutzung erwünscht

7. Patienteninformation zum Datenschutz

Die Praxis verarbeitet personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzvorschriften, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), und zur Durchführung des Behandlungsverhältnisses sowie zur Abrechnung, soweit dies erforderlich ist.

Die Patienteninformation zum Datenschutz und die Ansprechpartner für Datenschutzfragen werden dem/der Patienten/in in der Praxis bzw. über die Praxis-Website zur Verfügung gestellt.

8. Einverständniserklärung zur Videobehandlung im Bereich der Logopädie

Logopädische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videotherapie erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht oder dieser aus anderen Gründen nicht möglich ist. Für die Videobehandlung gelten folgende Regelungen:

1. Die Videobehandlung wird nur durch die behandelnde Logopädin durchgeführt
2. Für die logopädischen Videobehandlungen wird ein zertifizierter Anbieter genutzt der eine technisch sichere Ende- zu-Ende Verschlüsselung anbietet. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden die Datenverarbeitung erfolgt über Server in der EU.
3. Die Videobehandlung hat zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden.
4. Die Videobehandlung darf von keiner teilnehmenden Person mitgeschnitten oder gespeichert werden

☐ ich bin einverstanden ☐ ich bin nicht einverstanden

9. Einwilligung zu Audio-, Videoaufnahmen und Fotografien im Rahmen der Therapie

Im Rahmen der logopädischen Therapie können Audio- und/oder Videoaufnahmen sowie Fotos angefertigt werden, sofern diese therapeutisch sinnvoll und erforderlich sind. Die Aufnahmen dienen insbesondere der Dokumentation, der therapeutischen Auswertung und der Unterstützung des Behandlungsverlaufs.

☐ Einwilligung wird erteilt ☐ Einwilligung wird nicht erteilt

10. Mitwirkungspflichten und aktive Teilnahme

Für eine erfolgreiche logopädische Behandlung ist die aktive und regelmäßige Mitwirkung des/der Patienten/in erforderlich. Dazu gehören insbesondere:

- pünktliche und zuverlässige Wahrnehmung der vereinbarten Behandlungstermine
- regelmäßige Durchführung der von der Logopädin bzw. dem Logopäden empfohlenen Übungen
- aktive Mitarbeit und Mitwirkung während der Therapie

Der Behandlungserfolg hängt maßgeblich von der aktiven Teilnahme des/der Patienten/in sowie von individuellen Faktoren ab. Ein bestimmter Behandlungserfolg kann daher nicht garantiert werden.

Die Praxis behält sich vor, die Behandlung zu beenden, wenn eine erfolgreiche und fachgerechte Durchführung aufgrund dauerhaft fehlender Mitwirkung nicht möglich ist.

11. Einverständniserklärung

Ich habe den Behandlungsvertrag sorgfältig gelesen und verstanden. Ich wurde über die wesentlichen Regelungen informiert und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Eine Ausfertigung dieses Behandlungsvertrages ist mir ausgehändigt worden.

Kemnath, den _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter