

Behandlungsvereinbarung PKV

1. Gebührenvereinbarung

Bestandteil dieser Vereinbarungen sind die logopädischen Leistungen, die im „Behandlungsvertrag“ aufgeführt und näher spezifiziert sind. Die Positionen für die logopädische Behandlung richten sich nach der ausgestellten ärztlichen Verordnung (z.B. Behandlungsdauer, Hausbesuch, etc.). Folgende Gebührensätze werden vereinbart:

Leistungen:	Einzelpreis:
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans	169,20 €
Logopädische Einzelbehandlung 45 Minuten (Regelbehandlungszeit 30 Minuten zuzüglich Vor- und Nachbereitung)	79,88 €
Logopädische Einzelbehandlung 60 Minuten (Regelbehandlungszeit 45 Minuten zuzüglich Vor- und Nachbereitung))	106,48 €
Ärztlich verordneter Hausbesuch	32,26 €
Wegegeld bei Hausbesuchen mit mehr als 10 km einfache Fahrt, pro zusätzlich gefahrenen Kilometer	0,50 €
Logopädischer Bericht	38,00 €
Ausführlicher logopädischer Bericht auf besondere Aufforderung	169,20 €

Es besteht ein Dienstvertrag zwischen dem jeweiligen Patienten oder dessen gesetzlichen Vertretern und der Praxis für Logopädie Christina Kopp.

Die Vertragspartner verpflichten sich, den Rechnungsbetrag laut oben genannten Preisen in voller Höhe zu begleichen, unabhängig von der Kostenübernahme durch ihre private Krankenkasse.

Der privat versicherte Patient steht in einem direkten Vertragsverhältnis mit seinem Heilmittelerbringer und schuldet diesem die vertraglich vereinbarte Vergütung (§630a Abs. 1 BGB).

Die Höhe der Erstattung durch die Krankenkasse richtet sich nach dem vom Versicherten gewählten Tarif.

Die Heilmittelerbringer können die Preise- unter Beachtung von §138 BGB- frei mit dem Patienten verhandeln.

Die Honorare meiner Praxis liegen im Rahmen bzw. unterhalb des vom OLG Karlsruhe für angemessen befundenen 2,3-fachen KK-Satz.

Wir bitten Unsere PatientInnen oder deren gesetzliche VertreterInnen ausdrücklich um zeitgerechte Beschaffung von Anschluss-Rezepten, sollte eine Weiterbehandlung über das erste Rezept hinaus gewünscht sein. Im Falle einer Säumnis kann die Weiterbehandlung nicht gewährleistet werden.

Unsere Preisgestaltung legt ab den **1,4 fachen Satz** der GKV-Sätze zu Grunde.

Die Rechnungen sind ungekürzt innerhalb von 28 Tagen nach Rechnungsstellung an die Praxis zu bezahlen.

2. Absageregulung durch Patient:in/Angehörige

Termine können bis 24 Stunden vor der vereinbarten Behandlung abgesagt werden.

Die Absage muss telefonisch an die Therapeutin unter ihrer Diensthandy - Nummer erfolgen (auch Anrufbeantworter). Später abgesagte Termine werden von der Praxis Kopp & Team als „nicht rechtzeitig abgesagte Stunde“ in Rechnung gestellt. Die Abwesenheitspauschale beträgt

35 €, ein Termin der gar nicht abgesagt wird, wird mit dem vollen Stundenhonorar in Rechnung gestellt.

Eine Absage gilt als „kurzfristig abgesagt“, wenn weniger als 24 Stunden zwischen Absage des Termins und vereinbarten Behandlungstermin liegen.

Da nicht immer dieser Zeitrahmen eingehalten werden kann wird folgende verbindliche Stufenregelung vereinbart:

- Bei der **ersten kurzfristigen Absage** durch Patient:innen übernehmen wir (Praxis Kopp) die Kosten der ausgefallenen Behandlungszeit.
- Bei der **zweiten kurzfristigen Absage** durch Patient:innen stellen wir Ihnen eine Abwesenheitspauschale von 35 € in Rechnung.
- wird ein Termin von Ihnen nicht wahrgenommen und nicht abgesagt stellen wir Ihnen das vereinbarte Stundenhonorar in Rechnung

3. Aufsichtspflicht bei minderjährigen Patient:innen

Wir weisen Sie darauf hin, dass unsere Aufsichtspflicht für Ihr in Therapie befindliches Kind mit Beendigung der vereinbarten Behandlungszeit endet; bei verspätetem Abholen kann keine Beaufsichtigung gewährleistet werden.

4. Schweigepflichtentbindung

Zur besseren Kommunikation mit betroffenen Ärzt:innen, Therapeut:innen oder Pädagog:innen bitten wir Sie, uns von der Schweigepflicht zu entbinden. Die Entbindung bezieht sich ausschließlich auf den Austausch behandlungsbezogener Daten von der Schweigepflicht. Sie stimmen zudem zu, dass Arzt/Ärztin bei Bedarf einen therapeutischen Bericht erhält. Wir nehmen ausschließlich Kontakt mit Kolleg:innen nach Rücksprache mit Ihnen auf.

5. Teletherapie

Gemäß des geltenden Heilmittelkatalogs bieten wir Sprachtherapie als Telemedizinische Leistung, also mit „Videoübertragung“ an.

Von den Videoübertragungen der so durchgeführten Termine werden von der Praxis keine Daten digital gespeichert oder veröffentlicht. Die Bestätigung der durchgeführten Therapie kann auch auf elektronischem Wege erfolgen, z.B. per E-Mail.

Die Praxis stellt ein Muster für die Bestätigung vorab per E-Mail zur Verfügung. Diese Bestätigung wird bei der Abrechnung mit an die Krankenkasse übermittelt. Eine Kopie der E-Mail verbleibt in den Unterlagen der Praxis. Die E-Mail wird nach dem erfolgten Ausdruck unmittelbar gelöscht.

6. Einwilligung für Audio-, Video-, und/oder Fotoaufnahmen

Hiermit erklären Sie sich damit einverstanden, dass während der Diagnostik- und Therapiesitzungen Video- und/oder Audioaufnahmen angefertigt werden dürfen. Die Bild- und Tondaten werden elektronisch gespeichert.

Die Aufnahmen durch behandelnde Sprachtherapeut:innen erfolgen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken im Rahmen der Therapie und werden zur Erfolgskontrolle (Evaluation) verwendet. Falls einige Aufnahmen für die langfristige Therapiedokumentation und -evaluation, für Forschungszwecke oder zum Einsatz bei Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen verwendet werden sollen, ist dazu ein gesondert erklärtes Einverständnis erforderlich.

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Sie haben jederzeit das Recht, die Löschung der Aufnahmen zu verlangen. Ein Nachteil entsteht Ihnen hierdurch nicht.

7. Hospitationserlaubnis

Jeder fängt mal an. Wir bieten Studierenden verschiedener Institutionen Praktikumsplätze an. Daher kann es sein, dass Praktikant:innen phasenweise zu Hospitationszwecken anwesend sind. Alle beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht. Die Erlaubnis kann jederzeit, auch für einzelne Personen, widerrufen werden.

8. Einwilligung in die Nutzung unsicherer digitaler Kommunikationswege

Digitale Kommunikationswege wie E-Mail oder Messenger sind nicht sicher. Sie können jedoch der Übermittlung von Termin- und Kontaktdaten durch die Praxis bzw. behandelnde Therapeut:innen über E-Mail und/oder Messenger (SMS, WhatsApp, iMessage) ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung zustimmen.

9. Patienteninformation zum Datenschutz

Bitte nehmen Sie Ihre Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung sowie Ihre Ansprechpartner in Datenschutzfragen zur Kenntnis. Diese Informationen finden Sie unter angegebenen Link oder erhalten Sie in unserer Praxis (Aushang).

Link: www.logopaedie-weiden.de

Behandlungsvereinbarung PKV

Zwischen Praxis für Logopädie Christina Kopp und

Name Versicherte/er bzw. gesetzl. Vertreter/in: _____

Die ausführliche Behandlungsvereinbarung (Seiten 1 und 3) wurde mir ausgehändigt bzw. auf die Website verwiesen. Ich wurde über folgende Punkte informiert und stimme diesen wie folgt zu:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Gebührenvereinbarung wird anerkannt | ☒ |
| 2. Absageregulung durch Patient:in bzw. Angehörige | ☒ |
| 3. Aufsichtspflicht bei Minderjährigen | ☒ |

Über folgende Punkte wurde ich ausreichend informiert und erkläre wie folgt:

4. Schweigepflichtentbindung

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| wird erteilt | ☐ |
| wird nicht erteilt | ☐ |

5. Eine Zustimmung zur Teletherapie

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| wird erteilt | ☐ |
| wird nicht erteilt | ☐ |

6. Einwilligung für Audio-, Video- und/oder Fotoaufnahmen

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| wird erteilt | ☐ |
| wird nicht erteilt | ☐ |

7. Hospitationserlaubnis

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| wird erteilt | ☐ |
| wird nicht erteilt | ☐ |

8. Einwilligung in die Nutzung unsicherer digitaler Kommunikationswege

- | | |
|--|--------------------------|
| wird erteilt: per E-Mail, SMS oder Messenger | ☐ |
| wird nicht erteilt | ☐ |

9. Patient*innen-Information zum Datenschutz

- ☒ Ich wurde auf die Information zur Datenschutz-Grundverordnung hingewiesen (durch online-Zugriff bzw. Aushang in der Praxis)

Ich habe die Behandlungsvereinbarungen verstanden und habe keine weiteren Fragen hierzu. Ich wurde zudem darüber informiert, dass ich die oben genannten Erklärungen aus den Punkten 4. – 8. Jederzeit widerrufen kann.

_____, den _____

Unterschrift Patient:in/Erziehungsberechtigt:er

Unterschrift Therapeut:in