Logopädische Praxis Sprachschlüssel
Luisa von Zobeltitz & Team
IK: 401204484

1 Anmeldung

Liebe Patienten, bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Vielen Dank Ihr Sprachschlüssel Team

Lesen Sie bitte unsere AGB´s aufmerksam durch:

- **Die Aufsichtspflicht für Kinder besteht ausschließlich während der Therapie.**
- **ab 18 Jahren sind Sie gesetzlich verpflichtet eine Zuzahlung in Höhe von 10% der Kosten sowie 10,00 € pro Rezept zu tragen.**
- **Zuzahlungsbefreiung bitte vorlegen, wenn vorhanden!**
- **Terminabsage: Es ist eine rechtzeitige Absage 12 Stunden vor Ihrem festen Termin erforderlich, um anderen Patienten einen Termin zu ermöglichen.**
  Nicht oder zu spät abgesagte Termine werden Ihnen zum vereinbarten Preis laut § 615 BGB in Rechnung gestellt, da wir als Bestellpraxis organisiert sind.

Privatpatienten:	**Gesetzlich versicherte Patienten:**
Hier gelten die Bestimmungen Ihres Vertrages mit Ihrer Krankenkasse. Unsere Privatpreise entsprechen dem 1,8 fachen Satz der links genannten Krankenkassensätze	Folgende Leistungen werden durch die Krankenkasse übernommen: Erstdiagnostik, Einzel- oder Gruppentherapie: 30 Min./ **45 Min. (Einzel: 71,67 € od. Gruppe: 64,50 €)** /60 Min., Hausbesuch (wenn ärztlich verordnet) sowie Verordnungsbericht

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte/Namen der Eltern/Betreuer: _____

falls abweichend, Adresse bitte hier angeben _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Straße + Hausnr./Wohnort: _____

Beruf: _____

Krankenversicherungs- und Arztdaten

Versicherter/familienversichert: _____

Krankenkasse: _____

Überweisender Arzt: _____

Bitte geben Sie Ihre möglichen Zeiten für einen festen Therapieplatz an!
(Patienten können auch von Familienangehörigen wie Tante, Onkel oder Großeltern in unsere Praxis gebracht werden.)

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Therapieplätze werden trotzdem nach Verfügbarkeit vergeben.

Zu besserer Lesbarkeit wurden die Anmeldeunterlagen in der maskulinen Form verfasst. Selbstverständlich beziehen sich alle Begriffe gleichermaßen auf Personen aller Geschlechter. Diese Formulierung dient ausschließlich der Vereinfachung und beinhaltet keine Wertung oder Diskriminierung.

Einwilligungserklärungen (Bitte Zutreffendes ankreuzen)
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

im Rahmen der logopädischen Therapie **Foto-/Audio- & Videoaufnahmen** zur Unterstützung und Messung von Veränderungen innerhalb der Therapie gemacht werden.

dass alle Mitarbeiterinnen des Teams der logopädischen Praxis Sprachschlüssel von der gesetzlichen Schweigepflicht entbunden werden, um **Vertretungen** durchführen zu können. (effektiverer Therapieerfolg)

die Therapie nach Absprache auch als **Gruppenbehandlung** durchgeführt werden darf.

die Praxis Sprachschlüssel mich per E-Mail, Telefon, Fax, SMS, Messenger „Signal" oder über den Postweg kontaktieren darf. Die AGB´s sowie die Datenschutzregelungen der einzelnen **Kommunikationsmittel** sind mir bekannt.

Widerruf aller Einwilligungen
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich informiert wurde, alle Einverständniserklärungen jederzeit, schriftlich widerrufen zu können.

2 Allgemeine Patienten-Einwilligung

Meine Kontaktdaten (Name, Anschrift, E-Mail, Telefonnummer, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) werden durch die logopädische Praxis Sprachschlüssel, unser Praxissystem MEDIFOX DAN bzw. der beauftragten Rechtsanwältin, Frau Michaela Herten ggf. elektronisch zu den genannten Zwecken und im Sinne der Heilmittelrichtlinien erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgten und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:
Logopädische Praxis Sprachschlüssel
Luisa von Zobeltitz
Am Bahnhof 4
15831 Mahlow

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)

Zu besserer Lesbarkeit wurden die Anmeldeunterlagen in der maskulinen Form verfasst. Selbstverständlich beziehen sich alle Begriffe gleichermaßen auf Personen aller Geschlechter. Diese Formulierung dient ausschließlich der Vereinfachung und beinhaltet keine Wertung oder Diskriminierung.

Logopädische Praxis Sprachschlüssel
Luisa von Zobeltitz & Team
IK: 401204484

3 Honorarvereinbarung nach der Gebührenordnung für Therapeuten GebüTh für Privat-Patienten (PKV)

Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung Ihrer Krankenkasse nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Gemäß §614 BGB ist die Vergütung stets wie in der Rechnung gestellt, zu leisten, unabhängig vom Zeitpunkt einer möglichen Erstattung durch Ihre Krankenkasse (Erstattungsstellen).
Die Unterzeichner haben je eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten und befinden sich hiermit einverstanden.

Datum der Heilmittel-Verordnung: _____ Arzt: _____

Kassenname - Versichert bei (Privat-Krankenkasse): _____

Zwischen unserem Patienten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Eltern/Erziehungsberechtigte: _____

und der Logopädischen Praxis Sprachschlüssel Luisa von Zobeltitz & Team wird folgende Vereinbarung für die Durchführung therapeutischer Heilmittelleistungen getroffen.

Leistung: logopädisches Heilmittel	Anzahl/ Einheiten	Faktor	Kosten
-Logopädische Erstdiagnostik (ED)	1	1,8	211,09 €
-Kurze Befunderhebung	1	1,8	55,00 €
-Anamnese	1	1,8	55,00 €
-Bedarfsdiagnostik (BD)	1	1,8	105,55 €
-Logopädische Einzel-therapie (30/45/60 Min) <u>Gruppentherapie:</u> Gruppe mit 2 Patienten Gruppe mit 3-5 Patienten	10	1,8 1,8 1,8	93,82 €/129,01 €/164,18 € 116,10 € 58,64 €
-Hausbesuch	10	1,8	40,28 €
-Verwaltungsaufwand/ Mahngebühr /Post	1	1,0	3,00 €
-Verordnungsbericht	1	1,0	11,74 €
-Ausführlicher sprachtherapeutischer Bericht/ Extrabericht lang/ Extrabericht kurz	1	1,8	38,00 €
-Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte)	1	1,8	12,00 €
-Stimulation durch Novafon Schallwellengerät	1	1,0	15,00 €
-K-Tape je Tape-Einheit	1	1,0	5,00 €

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Patient/Eltern Zahlungspflichtiger

Zu besserer Lesbarkeit wurden die Anmeldeunterlagen in der maskulinen Form verfasst. Selbstverständlich beziehen sich alle Begriffe gleichermaßen auf Personen aller Geschlechter. Diese Formulierung dient ausschließlich der Vereinfachung und beinhaltet keine Wertung oder Diskriminierung.

Logopädische Praxis Sprachschlüssel
Luisa von Zobeltitz & Team
IK: 401204484

4 Behandlungsvertrag für Privatpatienten (PKV)

zwischen der Logopädischen Praxis Sprachschlüssel Luisa von Zobeltitz & Team
und
Patient, Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr. /Wohnort: _____
über die Erbringung logopädischer Heilmittelleistungen.

Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Heilmittelverordnung von

Arzt: _____ Datum: _____

1. Das Vertragsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und umfasst alle folgenden Heilmittelverordnungen sowie Heilmittelverordnungen aufgrund neuer Behandlungsfälle (möglicherweise von einem anderen Arzt).

2. **Die Vertragsparteien vereinbaren die aufgelisteten Vergütungssätze mit dem 1,8 fachen Satz.**

3. **Die logopädische Praxis Sprachschlüssel weist ausdrücklich darauf hin, dass die oben genannten Vergütungssätze höher sind als die aktuellen beihilfefähigen Höchstbeträge für eine logopädische Behandlung und das der Patient keinen Anspruch auf vollständige Erstattung hat. Es ist der logopädischen Praxis Sprachschlüssel unbekannt, ob der Patient einen Erstattungsanspruch aus einem Versicherungsvertrag hat und in welcher Höhe. Die logopädische Praxis Sprachschlüssel empfiehlt dringend, soweit nicht bereits im Vorfeld geschehen ist, die Kostenerstattung durch die Krankenversicherung zu klären.**

4. Der Therapieerfolg hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme des Patienten ab. Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig wahrzunehmen. Die Terminabsprache dient der Sicherung eines zeitgemäßen Behandlungsablaufes.

5. Die Logopädische Praxis Sprachschlüssel ist als reine Bestellpraxis organisiert.
   Die vereinbarten Zeiten sind ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert.
   Bei nicht rechtzeitiger Absage (12 Stunden vor dem Termin), wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 100,00 € mit Ihnen vereinbart. Diese wird privat in Rechnung gestellt (§615 BGB).

6. Der Patient verpflichtet sich, die Logopädische Praxis Sprachschlüssel umgehend über Änderung der Kontaktdaten zu informieren.

7. Es werden personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzbedingungen erhoben.

8. Durch die Unterschrift bestätigt der Patient, eine Kopie des Vertrages erhalten zu haben sowie über alle wichtigen Bestandteile des Vertrages in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Weitere AGB´s unserer Praxis Sprachschlüssel sind geregelt durch den Anmeldebogen.

Ort, Datum Stempel / Unterschrift Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)

Zu besserer Lesbarkeit wurden die Anmeldeunterlagen in der maskulinen Form verfasst. Selbstverständlich beziehen sich alle Begriffe gleichermaßen auf Personen aller Geschlechter. Diese Formulierung dient ausschließlich der Vereinfachung und beinhaltet keine Wertung oder Diskriminierung.