

Behandlungsvertrag

zwischen Sprechzimmer-Laura Barylla, Hafenstraße 3, 64579 Gernsheim
und (Name/Adresse Patient)

Name und Anschrift des Hauptversicherten(sofar abweichend):

1. Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag über die Erbringung
logopädischer Leistungen.

2. Es werden folgende Gebührensätze vereinbart, diese entsprechen dem
1,6fachen Satz der gesetzlichen Krankenkassen.

- Ersttermin 60 min	187,63€
- Behandlung:	
30 min mit dem Patienten	83,39€
45 min mit dem Patienten	114,67€
- Therapiebericht (nur auf Anforderung)	10,43€

Die Bezahlung erfolgt nach Rechnungsstellung innerhalb von 28 Tagen,
unabhängig davon, ob die Krankenkasse Ihnen das Geld in diesem Zeitraum
erstattet. Auch die Höhe des Rechnungsbetrags ist unabhängig von der
Erstattungshöhe Ihrer Krankenkasse. Informieren Sie sich bitte im Vorfeld,
welche Kosten Ihre Krankenkasse für die Behandlung übernimmt.

3. Der Erfolg einer Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme der
Patientin/des Patienten ab. Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine
zuverlässig und pünktlich wahrzunehmen und besprochene Inhalte zu Hause
fortzuführen. Sollten Sie zu spät zu einer Therapieeinheit kommen, wird die
verpasste Zeit nicht ans Ende der Stunde gehängt.

4. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie den Termin
mindestens 24 Stunden vorher ab, damit der Termin anderweitig belegt werden
kann. Andernfalls bin ich berechtigt, eine Ausfallgebühr in Höhe von 60€ in
Rechnung zu stellen. Dies wird Ihnen nicht von der Krankenkasse erstattet.

5. Bitte beachten Sie, dass meine Aufsichtspflicht für Ihr Kind nur für den
vereinbarten Therapiezeitraum gültig ist.

6. Änderungen der Kontaktdaten und des Versichertenstatus müssen der Praxis
zeitnah mitgeteilt werden.

7. Hiermit entbinde ich Laura Barylla gegenüber mitbehandelnden Ärzten,
Therapeuten sowie weiteren Fachpersonen von der Schweigepflicht. Dies kann
jederzeit widerrufen werden.

8. In meiner Praxis werden Fotos zu Dokumentationszwecken und zur Verlaufskontrolle gemacht. Diese würde ich bei Bedarf gerne für meine Vorträge und Fortbildungen nutzen dürfen. Daher bitte ich Sie, eine der folgenden Auswahlmöglichkeiten anzukreuzen.

- Fotos dürfen zu Fortbildungszwecken genutzt werden.
- Fotos dürfen zu Fortbildungszwecken genutzt werden, nur wenn das Gesicht nicht erkennbar ist.
- Es dürfen keine Fotos zu Fortbildungszwecke genutzt werden.

9. Hiermit wird bestätigt, dass ich die Übermittlung personenbezogener Daten (z.B. Termindaten, Kontaktdaten, Befunde) durch die Praxis "Sprechzimmer" über folgende Kommunikationswege, ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche:

E-Mail/WhatsApp/Signal

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

10. Ich bin damit einverstanden, dass vereinzelte Termine-nach Rücksprache- auch online stattfinden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, mich an die oben genannten Vereinbarungen zu halten.

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)