

Behandlungsvertrag

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

ggf. Name des Hauptversicherten:

1. Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag über die Erbringung logopädischer Beratungen (inkl. Anamnese & Funktionsanalyse) und, auf Wunsch, Funktionstraining.

2. Es werden folgende Gebührensätze vereinbart:

-Anamnese/Funktionsanalyse 45-60 min.	130,00€
-Beratung/Anleitung/Funktionstraining	
à 20 min	40,00€
à 30min	60,00€
à 40min	80,00€

Telefonate, Berichte und weitere Arbeiten, außerhalb der vereinbarten Termine, werden nach Aufwand berechnet.

Hinweis: Die Bezahlung findet nach jedem Termin via QR Code statt. Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, informieren Sie mich bitte im Vorfeld. Dann ist eine Rechnung mit unmittelbarer Begleichung auch möglich. Barzahlung ist nicht möglich!

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 des Honorars des vereinbarten Termins, in Rechnung zu stellen- z.B. 60€ für einen 30-minütigen Termin.

5. Bitte beachten Sie, dass meine Aufsichtspflicht für Ihr Kind nur für den vereinbarten Terminzeitraum 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)