Logopädie am Katzengraben
Josepha Kullak
Katzengraben 11/15
12555 Berlin
Tel./Fax :030/ 49967465 Mobil: 0177/3692351
info@logopaedie-katzengraben.de
www.logopaedie-katzengraben.de

BEHANDLUNGSVERTRAG PRIVATPATIENTEN

LIEBE PATIENTEN, LIEBE ELTERN…

1. Vertragspartner (gesetzlicher Betreuer / Versicherungsnehmer): ……..

Patientendaten:

2. Name :……
3. Vorname :……..
4. Geburtsdatum :……..
5. Adresse :……
6. Telefonnummer :……..
7. Krankenkasse :……..
8. Überweisender Arzt :……

Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag über die Erbringung logopädischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung. Das Vertragsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und umfasst alle folgenden Verordnungen sowie Verordnungen aufgrund neuer Behandlungsfälle, egal von welcher Ärztin bzw. welchem Arzt verordnet. Es kann jederzeit unter Einhaltung einer 24-stündigen Frist zum nächsten Behandlungstermin gekündigt werden. Hiervon ausgenommen ist die außerordentliche Kündigung. Für die Wirksamkeit der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung ist es ohne Belang, ob und in welcher Form die Patientin bzw. der Patient einen Erstattungsanspruch gegen ein Krankenversicherungsunternehmen und / oder eine Beihilfestelle oder sonstige Kostenträger besitzt. Die Vertragsparteien vereinbaren die folgenden Vergütungssätze nach der Gebührenordnung für Therapeuten (GebüTh) im 1,5 fachen Steigerungssatz:

Befunderhebung: 181,29 €

Einzelbehandlung á 45 Minuten: 114,09 €

Therapiebericht (wenn gewünscht): 35,38 €

Beratungsgespräch mit Angehörigen / Ärzten / Fachpersonal (wenn erwünscht): 93,40 €

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass die o.g. Vergütungssätze höher sind als die aktuellen beihilfefähigen Höchstbeträge für eine logopädische Behandlung und dass Sie keinen Anspruch auf vollständige Erstattung gegenüber der Beihilfestelle haben. Bitte erkundigen Sie sich bereits im Vorfeld inwieweit die Kostenerstattung durch die Krankenversicherung abgesichert ist. Der Rechnungsbetrag ist spätestens 14 Tage nach Rechnungseingang auf das folgende Konto zu zahlen:

Kontoinhaber : Josepha Kullak

IBAN: DE74 100 50 0000 1907 16436

BIC : BELADEBEXXX

Im Falle des Zahlungsverzuges wird ab der 2. Zahlungsaufforderung / Mahnung eine von der Patientin / vom Patienten zu zahlende Bearbeitungsgebühr von 10,00 €, ab der 3. Zahlungsaufforderung / Mahnung von 30,00 € vereinbart. Im Falle der Nichteinhaltung der o.g. Zahlungsfrist ist der Rechnungsbetrag nach den gesetzlichen Vorschriften zu verzinsen.

Kommen Sie bitte regelmäßig und rechtzeitig (5 Minuten vor Therapiebeginn), um eine effektive Behandlung zu gewährleisten. Ihre Termine sind bindend und werden individuell vergeben. Kinder sollen bitte pünktlich zum Ende der Therapiezeit abgeholt werden. Falls Sie aus wichtigen Gründen einmal absagen müssen, tun Sie dies bitte mindestens 24 Stunden vor dem Termin, zu geschäftsüblichen Zeiten. Für spätere Absagen muss ich Ihnen die Kosten privat (in Höhe der oben genannten Vergütungssätze) (Paragraph §615 BGB) berechnen.

Gewünschte Beratungs- / Entwicklungs- oder Arztgespräche, auch telefonisch, gelten als Therapiezeit und werden über die laufende Verordnung mit abgerechnet. Pro Verordnung kann hier eine Therapiestunde auf der Verordnung angerechnet werden.

Bei Änderungen der Kontaktdaten (Adresse / Telefonnummer / E-Mail Adresse) oder der Krankenkassenzugehörigkeit bitte ich Sie mich sofort zu informieren.

Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen und zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen.

Eine Terminabsprache und einen Austausch von Therapieinhalten, kann per SMS oder Whats-App Nachrichten zwischen Ihnen und der Logopädie am Katzengraben stattfinden.

Ich habe die oben genannten Hinweise zur Kenntnis genommen und akzeptiere die Behandlungsbedingungen und Vergütungssätze der Logopädie am Katzengraben. Mit der Unterschrift bestätige ich zusätzlich den Erhalt einer gültigen Kopie des Vertrages.

Datum: ……..

Unterschrift Patient / Angehöriger / gesetzlicher Betreuer :……..

Name Angehöriger / Elternteil / gesetzlicher Betreuer: ……