

Logopädie am Katzensgraben

Josepha Kullak

Katzensgraben 11

12555 Berlin

Tel./Fax :030/ 49967465 Mobil: 0177/3692351

info@logopaedie-katzensgraben.de

www.logopaedie-katzensgraben.de



## BEHANDLUNGSVERTRAG PRIVATPATIENTEN

### LIEBE PATIENTEN, LIEBE ELTERN...

1. Name :.....
2. Vorname :.....
3. Geburtsdatum :.....
4. Adresse :.....
5. Telefonnummer :.....
6. Krankenkasse :.....
7. 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 Abrechnung der GebüTh (Gebührenübersicht für Therapeuten) im 2,0 fachen Steigerungssatz:

Befunderhebung : 175,40 €

Einzelbehandlung á 45 Minuten: 93,40 €

Therapiebericht (wenn gewünscht): 35,38 €

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

Hausbesuchspauschale (pro Therapie): 21 €

Wegegeldpauschale (pro Therapie): 7,86 €

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 gegen die Beihilfestelle haben. Bitte erkundigen Sie sich bereits im Vorfeld inwieweit die Kostenerstattung durch die Krankenversicherung abgesichert ist. Der Rechnungsbetrag ist spätestens 4 Wochen nach Rechnungseingang auf das folgende Konto zu zahlen:

Kontoinhaber : Josepha Kullak

IBAN: DE74 4100 50 0000 1907 16436

BIC : BELADEVB33XXX

Im Falle des Zahlungsverzuges wird ab der 2. Zahlungsaufforderung / Mahnung eine von der Patientin / vom Patienten zu zahlende Bearbeitungsgebühr von 5,00 €, ab der 3. Zahlungsaufforderung / Mahnung von 10,00 € 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. Für spätere Absagen muss ich Ihnen die Kosten privat (in Höhe der oben genannten Vergütungssätze) berechnen.

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.

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 :.....