

# Behandlungsvereinbarung PKV



## 1. Gebührenvereinbarung

Bestandteil dieser Vereinbarung sind die logopädischen Leistungen, die im "Kostenvoranschlag zur Vorlage bei der Krankenkasse" näher spezifiziert sind.

Die Positionen für die logopädische Behandlung richten sich nach der ausgestellten ärztlichen Verordnung (z.B. Behandlungsdauer, Hausbesuch etc.). Nur bei einer Erstverordnung (zu Therapiebeginn) kommen einmalig die Positionen 1 Anamnese und 2 bzw. 3 Diagnostik hinzu. Folgende Gebührensätze werden vereinbart:

Position	Leistung	Betrag
<b>Diagnostik</b>		
1	Anamnese, Erstgespräch	62,00 €
2	Diagnostik, standardisiertes Verfahren	116,00 €
3	Diagnostik, informelles Verfahren	80,00 €
<b>Einzeltherapie</b>		
4	Logopädische Einzelbehandlung 60 Min (45 Min. Therapie + 15 Min. Vor- und Nachbereitung)	120,00 €
5	Logopädische Einzelbehandlung 45 Min (30 Min. Therapie + 15 Min. Vor- und Nachbereitung)	102,00 €
<b>Gruppentherapie</b>		
6	Gruppe (2 Personen) 45 Min	89,00 €
7	Gruppe (3-5 Personen) 45 Min	62,00 €
8	Gruppe (2 Personen) 90 Min	120,00 €
9	Gruppe (3-5 Personen) 90 Min	99,00 €
<b>Sonstige Positionen</b>		
10	Kurzbericht	12,00 €
11	Langbericht	132,00 €
12	Hausbesuch pro Therapieeinheit	23,00 €
13	Fahrtkostenpauschale pro Kilometer	0,46 €
14	Pauschale für Therapie in der Einrichtung	8,00 €

Dem/Der Versicherten ist bekannt, dass für logopädische Leistungen keine gesetzliche Gebührenordnung existiert. Die getroffene Gebührenvereinbarung ist wirksam, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe der/die Patient\*in, bzw. der/die Versicherte, einen Ersatzanspruch gegen einen Kostenträger (private Krankenkasse / Beihilfe) hat.

Die von den Kostenträgern festgesetzten Höchstsätze berühren die Gültigkeit dieses Vertrages über eine logopädische Behandlung nicht. Dem/der Versicherten ist also bekannt, dass - je nach Sachlage - ein Teil der Behandlungskosten von ihm selbst getragen werden muss.

Die Honorarrechnungen sind ungekürzt an die Praxis innerhalb 14 Tage nach Rechnungsstellung zu bezahlen. Ein möglicher Erstattungsanspruch gegen den Kostenträger ist diesem gegenüber direkt von dem/der Versicherten geltend zu machen.

## 2. Absageregulung durch Patient\*in/Angehörige

Termine können bis 24 Stunden vor der vereinbarten Behandlung abgesagt werden. Die Absage muss telefonisch an die Praxis unter 089-82 90 80 78 erfolgen (Anrufbeantworter). Später abgesagte Termine werden von der Praxis Dialog GbR als „nicht rechtzeitig abgesagte Stunde“ in Rechnung gestellt. Eine Absage gilt als „kurzfristig abgesagt“, wenn weniger als 24 Stunden zwischen Absage des Termins und vereinbarten Behandlungstermin liegen.

Da nicht immer dieser Zeitrahmen eingehalten werden kann wird folgende verbindliche Stufenregelung vereinbart:

- bei der **ersten kurzfristigen Absage** durch Patient\*innen übernehmen wir (Dialog GbR) die Kosten der ausgefallenen Behandlungszeit.



DIALOG GbR  
Logopädie in Pasing

Claudia Ochmann  
Nadja Knorr  
Georg Thum  
Anja Wölfel

Nusselstraße 30 a  
81245 München

Tel: 089 / 82 90 80 78  
Fax: 089 / 89 66 95 06  
dialog@logopaedie-in-pasing.de  
www.logopaedie-in-pasing.de

StNr.: 143 / 546 / 20619

Bankverbindung  
Dialog GbR  
Deutsche Bank  
IBAN:  
DE48 7007 0024 0909 0390 00  
BIC: DEUTDE33MUC

- bei der **zweiten kurzfristigen Absage** durch Patient\*innen stellen wir Ihnen 50% der vereinbarten Behandlungskosten in Rechnung.
- ab der **dritten kurzfristigen Absage** durch Patient\*innen stellen wir Ihnen den Gesamtbetrag der vereinbarten Behandlungskosten in Rechnung.

### 3. Aufsichtspflicht bei minderjährigen Patient\*innen

Wir weisen Sie darauf hin, dass unsere Aufsichtspflicht für Ihr in Therapie befindliches Kind mit Beendigung der vereinbarten Behandlungszeit endet; bei verspätetem Abholen kann keine Beaufsichtigung gewährleistet werden.

### 4. Schweigepflichtentbindung

Zur besseren Kommunikation mit betroffenen Ärzt\*innen, Therapeut\*innen oder Pädagog\*innen bitten wir Sie, uns von der Schweigepflicht zu entbinden. Die Entbindung bezieht sich ausschließlich auf den Austausch behandlungsbezogener Daten von der Schweigepflicht. Sie stimmen zudem zu, dass Arzt/Ärztin bei Bedarf einen therapeutischen Bericht erhält. Wir nehmen ausschließlich Kontakt mit Kolleg\*innen nach Rücksprache mit Ihnen auf.

### 5. Teletherapie

Sofern die Durchführung von Teletherapie im Heilmittelbereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie gesetzlich möglich ist, bieten wir Sprachtherapie als Teletherapie, also mit „Videoübertragung“ an. Von den Videoübertragungen der so durchgeführten Termine werden von der Praxis keine Daten digital gespeichert oder veröffentlicht. Die Bestätigung der durchgeführten Therapie kann auch auf elektronischem Wege erfolgen, z.B. per E-Mail an die E-Mail Adresse der/des behandelnden Therapeut\*in.

Die Praxis stellt ein Muster für die Bestätigung vorab per E-Mail zur Verfügung. Diese Bestätigung wird bei der Abrechnung mit an die Krankenkassen übermittelt. Eine Kopie der E-Mail verbleibt in den Unterlagen der Praxis. Die E-Mail wird nach dem erfolgten Ausdruck unmittelbar gelöscht

### 6. Einwilligung für Audio-, Video- und/oder Fotoaufnahmen

Hiermit erklären Sie sich damit einverstanden, dass während der Diagnostik- und Therapiesitzungen Video- und/oder Audioaufnahmen angefertigt werden. Die Bild- und Tondateien werden elektronisch gespeichert.

Die Aufnahmen durch behandelnde Sprachtherapeut\*innen erfolgen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken im Rahmen der Therapie und werden zur Erfolgskontrolle (Evaluation) verwendet. Falls einige Aufnahmen für die langfristige Therapiedokumentation und -evaluation, für Forschungszwecke oder zum Einsatz bei Fort-/Weiterbildungsveranstaltungen verwendet werden sollen, ist dazu ein gesondert erklärtes Einverständnis erforderlich.

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Sie haben jederzeit das Recht, die Löschung der Aufnahmen zu verlangen. Ein Nachteil entsteht Ihnen hierdurch nicht.

### 7. Hospitationserlaubnis

Jeder fängt mal an. Wir bieten Studierenden der LMU München Praktikumsplätze an, die phasenweise zu Hospitationszwecken anwesend sind. Alle beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht. Die Erlaubnis kann jederzeit, auch für einzelne Personen, widerrufen werden.

### 8. Einwilligung in die Nutzung unsicherer digitaler Kommunikationswege

Digitale Kommunikationswege wie E-Mail oder Messenger sind nicht sicher. Sie können jedoch der Übermittlung von Termin- und Kontaktdaten durch die Praxis bzw. behandelnde Therapeutin über E-Mail und/oder Messenger (SMS, WhatsApp, iMessage) ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung zustimmen.

### 9. Patienteninformation zum Datenschutz

Bitte nehmen Sie Ihre Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung sowie Ihre Ansprechpartner in Datenschutzfragen zur Kenntnis. Diese Informationen finden Sie unter angegebenen Link oder erhalten Sie in unserer Praxis (Aushang).

[http://www.logopaedie-in-pasing.de/wp-content/uploads/2018/05/Patienteninformation-Datenschutz\\_04-2018.pdf](http://www.logopaedie-in-pasing.de/wp-content/uploads/2018/05/Patienteninformation-Datenschutz_04-2018.pdf)

# Behandlungsvereinbarung PKV

Zwischen Praxis Dialog GbR, Logopädie in Pasing und

Name Versicherte\*r/Angehörige\*r: \_\_\_\_\_

Die ausführliche Behandlungsvereinbarung (Seiten 1 und 2) wurde mir ausgehändigt bzw. auf die Website verwiesen. Ich wurde über folgende Punkte informiert und stimme diesen wie folgt zu:

- 1. Gebührenvereinbarung.** Bemerkung: \_\_\_\_\_
- 2. Absageregulung durch Patient\*in bzw. Angehörige**
- 3. Aufsichtspflicht bei Minderjährigen**

Über folgende Punkte wurde ich ausreichend informiert und erkläre wie folgt:

#### 4. Eine Zustimmung zur Teletherapie

- wird erteilt
- wird nicht erteilt

#### 5. Schweigepflichtentbindung

- wird erteilt
- wird nicht erteilt

#### 6. Einwilligung für Audio-, Video- und/oder Fotoaufnahmen

- wird erteilt
- wird nicht erteilt

#### 7. Hospitationserlaubnis

- wird erteilt
- wird nicht erteilt

#### 8. Einwilligung in die Nutzung unsicherer digitaler Kommunikationswege

- wird erteilt: per E-Mail, SMS oder Messenger
- wird nicht erteilt

#### 9. Patient\*innen-Information zum Datenschutz

- Ich wurde auf die Information zur Datenschutz-Grundverordnung hingewiesen (durch online-Zugriff bzw. Aushang in der Praxis)

Ich habe die Behandlungsvereinbarung verstanden und habe keine weiteren Fragen hierzu. Ich wurde zudem darüber informiert, dass ich die oben genannten Erklärungen aus den Punkten 4. – 8. jederzeit widerrufen kann.

München, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in/Angehörige\*r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut\*in



DIALOG GbR  
Logopädie in Pasing

Claudia Ochmann  
Nadja Knorr  
Georg Thum  
Anja Wölfel

Nusselstraße 30 a  
81245 München

Tel: 089 / 82 90 80 78  
Fax: 089 / 89 66 95 06  
dialog@logopaedie-in-pasing.de  
www.logopaedie-in-pasing.de

StNr.: 143 / 546 / 20619

Bankverbindung  
Dialog GbR  
Deutsche Bank  
IBAN:  
DE48 7007 0024 0909 0390 00  
BIC: DEUTDE33MUC