



Zwischen

Praxis für Logopädie Marina Neumüller

Praxis für Logopädie Marina Neumüller

Neue Amberger Straße 5

Bahnhofstraße 11

92655 Grafenwöhr

92690 Pressath

und

Herrn/Frau _____

(Name des Versicherten)

1. Behandlungsvertrag

Die Vertragsparteien schließen auf Wunsch *des/der Patienten(in) einen Vertrag über die Erbringung logopädischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Heilmittelverordnung vom _____ von _____.

Das Vertragsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und umfasst alle folgenden Verordnungen sowie Verordnungen aufgrund neuer Behandlungsfälle, egal von *welchem/welcher Arzt(in) 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 *der/die Patient(in) einen Erstattungsanspruch gegen ein Krankenversicherungsunternehmen und/oder eine Beihilfestelle oder sonstige Kostenträger

2. Absageregung durch Patienten

Termine können bis 24 Stunden vor der vereinbarten Behandlung abgesagt werden. Die Absage muss telefonisch an die Praxis unter 09641/9363998 erfolgen (auch auf Anrufbeantworter). Eine weitere Möglichkeit die vereinbarte Behandlung abzusagen ist, den jeweiligen Therapeuten unter entsprechender Handynummer telefonisch oder schriftlich per Messenger Dienst (Signal) zu kontaktieren.

Später abgesagte Termine oder nicht abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt. Folgende verbindliche Stufenregelung wird vereinbart:

- Bei der ersten kurzfristigen Absage (weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin) übernehmen wir die Kosten der ausgefallenen Behandlungszeit
- Ab der zweiten kurzfristigen oder nicht erfolgten Absage der Behandlungseinheit stellen wir 80% des aktuellen Kassensatzes in Rechnung
- Es wird nur in Rechnung gestellt, wenn wir den Termin nicht durch einen anderen Patienten auffüllen können
- Gegebenenfalls werden wir Ihnen anbieten die Behandlung in Form einer Videotherapie durchzuführen

3. Aufsichtspflicht bei minderjährigen Patienten

Wir weisen darauf hin, dass unsere Aufsichtspflicht für Ihre/n in der Therapie befindliche/n Tochter/Sohn mit Beendigung der vereinbarten Behandlungszeit endet; bei verspätetem Abholen kann keine Beaufsichtigung gewährleistet werden.

4. Schweigepflichtentbindung

Zur besseren Kommunikation mit betroffenen Ärzten, Therapeuten oder Pädagogen bitten wir Sie, uns von der Schweigepflicht zu entbinden. Die Entbindung der Schweigepflicht bezieht sich ausschließlich auf den Austausch behandlungsbezogener Inhalte mit:

- Ärzten, Therapeuten und Pädagogen
- Familienangehörigen
- Gesetzlichen Vertretern

Falls Sie eine einzelne Person der der Schweigepflichtentbindung ausschließen wollen, teilen Sie uns dies bitte mit.

5. Einwilligung in die Nutzung unsicherer digitaler Kommunikationswege

Digitale Kommunikationswege wie unverschlüsselte Email oder Messenger Nachrichten sind nicht sicher. Sie können jedoch die Übermittlung von Termin- und Kontaktdaten durch die Praxis über Email oder Messenger (Signal) ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf weitere Verschlüsselung zustimmen.

6. Patienteninformation zum Datenschutz

Bitte nehmen Sie ihr Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung sowie Ihre Ansprechpartner in Datenschutzfragen zur Kenntnis. Diese Information finden Sie unter angegebenem Link oder erhalten Sie in unserer Praxis.

[/https://www.logopaedie-neumueller.de/datenschutzerklaerung/](https://www.logopaedie-neumueller.de/datenschutzerklaerung/)

7. Tiergestützte Therapie

Wir bieten in unserer Praxis tiergestützte Therapie an. Das Team bestehend aus Marina Neumüller und der Königspudelhündin Lilly von der Königspfalz. Sie haben die Therapiebegleithundausbildung abgeschlossen und sind durch das Münsteraner Institut für Tiergestützte Therapie und therapeutische Fortbildung (MITTT) zertifiziert.

Besteht bei Ihnen / Ihrem Kind / einem Familienmitglied eine Tierhaarallergie oder eine Unsicherheit bzw. Angst gegenüber Hunden?

Ja

Nein

*Der/die Patient(in) stimmt – soweit es therapeutisch indiziert ist – einem Einsatz des Therapiebegleithundeteams im Rahmen der Behandlung zu.

Ja

Nein

8. Einwilligungserklärung zur Durchführung von Videogestützter Behandlung

Logopädische Leistungen können in bestimmten Fällen als Videotherapie erbracht werden, wenn die Leistung nicht den unmittelbaren persönlichen Kontakt erforderlich macht oder dieser aus anderen Gründen nicht möglich ist. (siehe Regelung der Ausfallsgebühr Punkt 2)

Für die Videositzungen gelten folgende Regelungen:

1. Die Videositzung wird nur durch die zuständige Logopädin durchgeführt.
2. Für die logopädischen Videotherapien wird ein zertifizierter Anbieter genutzt, der

eine technisch sichere Ende-zu-Ende-Verschlüsselung vorhält. Die Inhalte können durch den Videodienstanbieter weder eingesehen noch gespeichert werden. Die Datenverarbeitung erfolgt über Server in der EU.

3. Die Videositzung darf von keiner teilnehmenden Person mitgeschnitten oder gespeichert werden.

Hiermit willige ich in die Durchführung von logopädischen Videotherapien unter den oben genannten Voraussetzungen ein. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ich wurde über folgende Punkte gemäß dem Anmelde- und Behandlungsvertrag informiert und stimme diesen zu:

1. Absageregulung

2. Aufsichtspflicht bei minderjährigen Patienten

Über folgende Punkte wurde ich informiert und erkläre wie folgt:

3. Schweigepflichtentbindung

- Wird erteilt
- Wird nicht erteilt

4. Einwilligung in die Nutzung unsicherer digitaler Kommunikationswege

- Per Email oder SMS oder Messenger (Signal)
- Wird nicht erteilt

5. Patienteninformation zum Datenschutz

Ich wurde auf die Information zur Datenschutzgrundverordnung hingewiesen (durch Onlinezugriff bzw. Aushang in der Praxis)

6. Tiergestützte Therapie

7. Einwilligungserklärung zur Durchführung von Videogestützter Behandlung

- Ich bin einverstanden
- Ich bin nicht einverstanden

Ich habe den Anmelde- und Behandlungsvertrag gelesen und habe keine weiteren Fragen hierzu.

_____, den _____

Unterschrift Versicherte/r

i. A. Praxis für Logopädie Neumüller