

Behandlungsvertrag für Privat- und Beihilfeversicherte

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Bitte beachten Sie:

Als Privatpatient besteht eine Verpflichtung zur Begleichung der Rechnung unabhängig vom Zeitpunkt der Erstattung durch die Krankenversicherung.

Die für die logopädische Therapie entstehenden Kosten können die Erstattungssätze der Krankenversicherung übersteigen. Je nach Vertrag mit der Versicherung muss möglicherweise ein Teil der Kosten selber getragen werden. Eine Preisliste ist beigelegt.

Wir führen eine reine Bestellpraxis und reservieren die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie!
Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen deshalb so früh wie möglich ab, spätestens aber 24 Stunden vorher. Der Anrufbeantworter läuft Tag und Nacht.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellen wir Ihnen mit _____ € in Rechnung.

Aufsicht

Eine Aufsicht für Kinder können wir nur für die vereinbarte Therapiezeit übernehmen. Wenn Sie nicht an der Therapie teilnehmen, bleiben Sie bitte in der Praxis, bis Ihr Kind dran ist. Hinterlassen Sie immer eine aktuelle Telefonnummer, unter der wir Sie im Notfall erreichen können. Seien Sie ca. 10 Minuten vor dem Ende der Therapiezeit Ihres Kindes wieder in der Praxis, damit wir die Therapieinhalte mit Ihnen besprechen können.

Therapieinhalte

Zur Therapie mit Ihnen/Ihrem Kind gehört die Dokumentation der Inhalte, die Vor- und Nachbereitung von Inhalten und des Arbeitsplatzes sowie Angehörigenberatung/Elterngespräche. Bei Bedarf führen wir auf Ihren Wunsch hin auch Gespräche mit ErzieherInnen/ LehrerInnen/ anderen TherapeutInnen. Diese erfolgen ausschließlich in der Therapiezeit.

Schweigepflichtentbindung

Eine Schweigepflichtentbindung erteile ich gegenüber _____

_____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Besondere Vereinbarung

Mit den Vertragsbedingungen erkläre ich mich einverstanden. Die Informationen habe ich gelesen, eine aktuelle Preisliste habe ich erhalten.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____