



# 1 Anmeldung

Liebe Patienten, bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Vielen Dank Ihr Sprachschlüssel Team

Lesen Sie bitte unsere AGB's aufmerksam durch:

- Die Aufsichtspflicht für Kinder besteht ausschließlich während der Therapie.
- ab 18 Jahren sind Sie gesetzlich verpflichtet eine Zuzahlung in Höhe von 10% der Kosten sowie 10,00 € pro Rezept zu tragen.
- Zuzahlungsbefreiung bitte vorlegen, wenn vorhanden!
- Terminabsage: Es ist eine rechtzeitige Absage 12 Stunden vor Ihrem festen Termin erforderlich, um anderen Patienten einen Termin zu ermöglichen.

Nicht oder zu spät abgesagte Termine werden Ihnen zum vereinbarten Preis laut § 615 BGB in Rechnung gestellt, da wir als Bestellpraxis organisiert sind.

## Privatpatienten:

Hier gelten die Bestimmungen Ihres Vertrages mit Ihrer Krankenkasse. Unsere Privatpreise entsprechen dem 1,8 fachen Satz der links genannten Krankenkassensätze

## Gesetzlich versicherte Patienten:

Folgende Leistungen werden durch die Krankenkasse übernommen:  
Erstdiagnostik, Einzel- oder Gruppentherapie: 30 Min./  
**45 Min. (Einzel: 71,67 € od. Gruppe: 64,50 €)** /60 Min.,  
Hausbesuch (wenn ärztlich verordnet) sowie  
Verordnungsbericht

## Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/Namen der Eltern/Betreuer: \_\_\_\_\_

falls abweichend, Adresse bitte hier angeben \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße + Hausnr./Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## Krankenversicherungs- und Arzt Daten

Versicherter/familienversichert: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

## Bitte geben Sie Ihre möglichen Zeiten für einen festen Therapieplatz an!

(Patienten können auch von Familienangehörigen wie Tante, Onkel oder Großeltern in unsere Praxis gebracht werden.)

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|--------|----------|----------|------------|---------|
|        |          |          |            |         |

Therapieplätze werden trotzdem nach Verfügbarkeit vergeben.

*Zu besserer Lesbarkeit wurden die Anmeldeunterlagen in der maskulinen Form verfasst. Selbstverständlich beziehen sich alle Begriffe gleichermaßen auf Personen aller Geschlechter. Diese Formulierung dient ausschließlich der Vereinfachung und beinhaltet keine Wertung oder Diskriminierung.*



### **Einwilligungserklärungen** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

im Rahmen der logopädischen Therapie **Foto-/Audio- & Videoaufnahmen** zur Unterstützung und Messung von Veränderungen innerhalb der Therapie gemacht werden.

dass alle Mitarbeiterinnen des Teams der logopädischen Praxis Sprachschlüssel von der gesetzlichen Schweigepflicht entbunden werden, um **Vertretungen** durchführen zu können. (effektiverer Therapieerfolg)

die Therapie nach Absprache auch als **Gruppenbehandlung** durchgeführt werden darf.

die Praxis Sprachschlüssel mich per E-Mail, Telefon, Fax, SMS, Messenger „Signal“ oder über den Postweg kontaktieren darf. Die AGB's sowie die Datenschutzregelungen der einzelnen **Kommunikationsmittel** sind mir bekannt.

### **Widerruf aller Einwilligungen**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich informiert wurde, alle Einverständniserklärungen jederzeit, schriftlich widerrufen zu können.

## **2 Allgemeine Patienten-Einwilligung**

Meine Kontaktdaten (Name, Anschrift, E-Mail, Telefonnummer, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) werden durch die logopädische Praxis Sprachschlüssel, das Abrechnungszentrum Optica bzw. der beauftragten Rechtsanwältin, Frau Michaela Hertel ggf. elektronisch zu den genannten Zwecken und im Sinne der Heilmittelrichtlinien erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgten und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Logopädische Praxis Sprachschlüssel  
Luisa von Zobeltitz  
Am Bahnhof 4  
15831 Mahlow

**Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)



### 3 Honorarvereinbarung nach der Gebührenordnung für Therapeuten GebüTh für Privat-Patienten (PKV)

Diese Vereinbarung ist auch dann gültig, wenn eine Erstattung Ihrer Krankenkasse nicht oder nicht in voller Höhe gewährleistet ist. Gemäß §614 BGB ist die Vergütung stets wie in der Rechnung gestellt, zu leisten, unabhängig vom Zeitpunkt einer möglichen Erstattung durch Ihre Krankenkasse (Erstattungsstellen).

Die Unterzeichner haben je eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten und befinden sich hiermit einverstanden.

Datum der Heilmittel-Verordnung: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Kassenname - Versichert bei (Privat-Krankenkasse): \_\_\_\_\_

Zwischen unserem Patienten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Eltern/Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

und der Logopädischen Praxis Sprachschlüssel Luisa von Zobeltitz & Team wird folgende Vereinbarung für die Durchführung therapeutischer Heilmittelleistungen getroffen.

| Leistung:                                                                          | Anzahl/ Einheiten | Faktor | Kosten                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|---------------------------|
| logopädisches Heilmittel                                                           |                   |        |                           |
| -Logopädische Erstdiagnostik (ED)                                                  | 1                 | 1,8    | 211,09 €                  |
| -Kurze Befunderhebung                                                              | 1                 | 1,8    | 55,00 €                   |
| -Anamnese                                                                          | 1                 | 1,8    | 55,00 €                   |
| -Bedarfsdiagnostik (BD)                                                            | 1                 | 1,8    | 105,55 €                  |
| -Logopädische Einzel-therapie (30/45/60 Min)                                       | 10                | 1,8    | 93,82 €/129,01 €/164,18 € |
| Gruppentherapie: _____                                                             |                   |        |                           |
| Gruppe mit 2 Patienten                                                             |                   | 1,8    | 116,10 €                  |
| Gruppe mit 3-5 Patienten                                                           |                   | 1,8    | 58,64 €                   |
| -Hausbesuch                                                                        | 10                | 1,8    | 40,28 €                   |
| -Verwaltungsaufwand/ Mahngebühr /Post                                              | 1                 | 1,0    | 3,00 €                    |
| -Verordnungsbericht                                                                | 1                 | 1,0    | 11,74 €                   |
| -Ausführlicher sprachtherapeutischer Bericht/ Extrabericht lang/ Extrabericht kurz | 1                 | 1,8    | 38,00 €                   |
| -Thermische Anwendungen (Wärme oder Kälte)                                         | 1                 | 1,8    | 12,00 €                   |
| -Stimulation durch Novafon Schallwellengerät                                       | 1                 | 1,0    | 15,00 €                   |
| -K-Tape je Tape-Einheit                                                            | 1                 | 1,0    | 5,00 €                    |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Eltern Zahlungspflichtiger



## 4 Behandlungsvertrag für Privatpatienten (PKV)

zwischen der Logopädischen Praxis Sprachschlüssel Luisa von Zobeltitz & Team

und

Patient, Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. /Wohnort: \_\_\_\_\_

über die Erbringung logopädischer Heilmittelleistungen.

Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Heilmittelverordnung von

Arzt: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

1. Das Vertragsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und umfasst alle folgenden Heilmittelverordnungen sowie Heilmittelverordnungen aufgrund neuer Behandlungsfälle (möglicherweise von einem anderen Arzt).
2. **Die Vertragsparteien vereinbaren die aufgelisteten Vergütungssätze mit dem 1,8 fachen Satz.**
3. **Die logopädische Praxis Sprachschlüssel weist ausdrücklich darauf hin, dass die oben genannten Vergütungssätze höher sind als die aktuellen beihilfefähigen Höchstbeträge für eine logopädische Behandlung und dass der Patient keinen Anspruch auf vollständige Erstattung hat. Es ist der logopädischen Praxis Sprachschlüssel unbekannt, ob der Patient einen Erstattungsanspruch aus einem Versicherungsvertrag hat und in welcher Höhe. Die logopädische Praxis Sprachschlüssel empfiehlt dringend, soweit nicht bereits im Vorfeld geschehen ist, die Kostenerstattung durch die Krankenversicherung zu klären.**
4. Der Therapieerfolg hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme des Patienten ab. Daher ist es wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig wahrzunehmen. Die Terminabsprache dient der Sicherung eines zeitgemäßen Behandlungsablaufes.
5. Die Logopädische Praxis Sprachschlüssel ist als reine Bestellpraxis organisiert.  
Die vereinbarten Zeiten sind ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert.  
**Bei nicht rechtzeitiger Absage (12 Stunden vor dem Termin), wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 100,00 € mit Ihnen vereinbart. Diese wird privat in Rechnung gestellt (§615 BGB).**
6. Der Patient verpflichtet sich, die Logopädische Praxis Sprachschlüssel umgehend über Änderung der Kontaktdaten zu informieren.
7. Es werden personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzbedingungen erhoben.
8. Durch die Unterschrift bestätigt der Patient, eine Kopie des Vertrages erhalten zu haben sowie über alle wichtigen Bestandteile des Vertrages in Kenntnis gesetzt worden zu sein. Weitere AGB's unserer Praxis Sprachschlüssel sind geregelt durch den Anmeldebogen.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift

Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)