



# 1 Anmeldung in unserer Praxis

Liebe Patient:innen, 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.

<p><b><u>Gesetzlich versicherte Patient:innen:</u></b>          Folgende Leistungen werden durch die Krankenkasse übernommen:          Erstdiagnostik: 111,15 €, 30 Min./ 45 Min./60 Min.          Therapie: 49,40 €/67,93 €/86,45 €,          Gruppentherapie: 61,13 €, Hausbesuch: 21,21 €</p>	<p><b><u>Privatpatient:innen:</u></b>          Hier gelten die Bestimmungen Ihres Vertrages mit Ihrer Krankenkasse.          Unsere Privatpreise entsprechen dem 1,8 fachen Satz der links genannten Krankenkassensätze</p>
--	---

## Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Erziehungsberechtigte/Namen der Eltern/Betreuer:innen

falls abweichend, Adresse bitte hier angeben

Telefon/Mobil:  E-Mail:

Straße + Hausnr./Wohnort:

Beruf:

## Krankenversicherungs- und Arztdaten

Versicherter/familienversichert:

Krankenkasse:

Überweisender Arzt/Ärztin:

Sie wünschen sich einen Therapieplatz? Bitte geben Sie Ihre Zeiten an!

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



### **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 Mitarbeiter:innen 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 Herten 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 Einwilligung zur Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum Optica

Sehr geehrte/r Patient:in der Praxis Sprachschlüssel,

zur Entlastung unserer Verwaltung werden unsere Rechnungen, für Ihre in Anspruch genommenen Therapieleistungen, durch das Abrechnungszentrum **OPTICA** bearbeitet. Dies ermöglicht uns einen größeren Freiraum für die Therapie.

Wir bitten Sie, mittels Ihrer Unterschrift, die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen, personenbezogenen Daten zu erteilen.

Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere:

Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdaten und erbrachte Therapiemaßnahmen.

Hiermit erteile ich der oben genannten logopädischen Praxis Sprachschlüssel für die vollständige Behandlungsreihe die Einwilligung der Datenweitergabe:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr./Wohnort

Ggf. gesetzlicher Vertreter

Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei oben genannter Praxis zu erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)



## 4 Behandlungsvertrag für Patienten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV)

zwischen der Logopädischen Praxis Sprachschlüssel Luisa von Zobeltitz & Team

und  
Patient:in Name/Vorname:  Geburtsdatum:

Straße, Hausnr. /Wohnort:   
über die Erbringung logopädischer Heilmittelleistungen.

Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung von

Arzt/Ärztin:  mit dem Datum vom:

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 Mitarbeiter:innen weist den Patienten auf die Zuzahlungspflicht gemäß §32 Abs. 2 SGB V i.V.v. § 61 Satz 3 SGB V hin. Nach der gesetzlichen Regelung haben Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung selbst zu zahlen.
3. Die Zuzahlung ist spätestens **14 Tage** nach Rechnungseingang auf das genannte Konto zu zahlen.
4. Der Erfolg in unserer Praxis 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.  
**Achtung: Die Krankenkassen übernehmen die Kosten der gesamten Heilmittelverordnung, jedoch nicht die Kosten für unentschuldig nicht wahrgenommene Termine.**
5. Die logopädische Praxis Sprachschlüssel ist als reine Bestellpraxis organisiert.  
Die vereinbarten Zeiten sind ausschließlich für den/die jeweilige/n Patienten/-in reserviert.  
**Bei nicht rechtzeitiger Absage (12 Stunden vor dem Termin), wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 58,00 € 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/die Patient:in, 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)