Sprachschlüssel Logopädie Buckow GmbH
Knyphausenweg 2, 12349 Berlin-Buckow
IK: 401109525

1 Anmeldung

Liebe Patienten, bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Vielen Dank Ihr Sprachschlüssel Team
Nachfolgend unsere AGB´s:

- **Die Aufsichtspflicht für Kinder besteht ausschließlich während der logopädischen Therapie.**
- **Ab 18 Jahren ist gesetzlich verpflichtend eine Zuzahlung von 10% der Kosten (inkl. 10,00 € pro Rezept) zu tragen.**
- **Zuzahlungsbefreiung bitte vorlegen.**
- **Terminabsage: Eine rechtzeitige Absage liegt für uns vor, wenn Sie 12 Stunden vor Ihrem festen Termin absagen.**
  Somit entstehen Ihnen keine Kosten und anderen Patienten kann ein Termin ermöglicht werden.
  Nicht oder zu spät abgesagte Termine werden Ihnen wie vertraglich vereinbart laut § 615 BGB in Rechnung gestellt.

Gesetzlich versicherte Patienten:	**Privatpatienten:**
Folgende Leistungen werden durch die Krankenkasse übernommen: Erstdiagnostik, Einzel- oder Gruppentherapie: 30 Min./ **45 Min.**/60 Min., Hausbesuch (wenn ärztlich verordnet) sowie Verordnungsbericht	Hier gelten die Bestimmungen Ihres persönlichen Vertrages mit Ihrer Krankenkasse. Unsere Privatpreise entsprechen dem 1,8 fachen Satz der GKV-Preise.

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 Arztdaten

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.

Warum kommen Sie zu uns: _____

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, weniger Ausfall/Unterbrechungen in der Behandlungsserie).

- ☐ 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.

2 Allgemeine Patienten-Einwilligung

Meine Daten (Name, Anschrift, E-Mail, Telefonnummer, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) werden durch die logopädische Praxis Sprachschlüssel, unser Praxissystem MEDIFOX DAN bzw. der beauftragten Rechtsanwältin 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 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)

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

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.

Sprachschlüssel Logopädie

Sprachschlüssel Logopädie Buckow GmbH
Knyphausenweg 2, 12349 Berlin-Buckow
IK: 401109525

3 Behandlungsvertrag für Patienten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV)

zwischen der Sprachschlüssel Logopädie Buckow GmbH

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. Wir weisen jeden 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 umgehend nach Rechnungseingang auf das genannte Praxiskonto zu zahlen.

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.

   ! Achtung: Die Krankenkassen übernehmen die Kosten der gesamten Heilmittelverordnung, jedoch nicht die Kosten für unentschuldigt und nicht wahrgenommene Termine!

5. Die logopädische Praxis Sprachschlüssel ist als reine Bestellpraxis organisiert.
   Die vereinbarten Zeiten sind ausschließlich für die jeweiligen Patienten reserviert.
   Bei nicht rechtzeitiger Absage (12 Stunden vor dem Termin), wird eine Ausfallgebühr (Anteil der Therapiekosten) in Höhe von 66,66 € 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 (DSGVO konform) erhoben.

8. Alle genannten Preise sind als Endverbraucherpreise zu verstehen, d.h. inkl. der gesetzlich geltenden MwSt.

9. Durch die Unterschrift bestätigt der Patient 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)

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.