

Behandlungsvertrag, Einwilligung Datenerhebung

zwischen

Elisabeth Danner, Praxis für Logopädie, Obere Hauptstr. 43 , 85354 Freising
– im folgenden Logopädin –

und

Anschrift _____

Gesetzl. Vertreter _____

– im folgenden Patientin/Patient genannt –

über die Erbringung logopädischer Leistungen.

1. Die Vertragsparteien schließen einen Vertrag über die Erbringung logopädischer Leistungen. Das Behandlungsverhältnis beginnt mit der Durchführung der Verordnung von

Frau (Dr.)/Herrn (Dr.) vom

Das Vertragsverhältnis wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und umfasst alle folgenden Verordnungen sowie Verordnungen aufgrund neuer Behandlungsfälle, egal von welcher Ärztin bzw. welchem Arzt verordnet.

2. Die Logopädin weist die Patientin/den Patienten auf die Zuzahlungspflicht gemäß § 32 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V hin. Nach dieser gesetzlichen Regelung haben Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung selbst zu zahlen, soweit sie auf ihren Antrag nicht von der Zuzahlung befreit sind. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind immer von der Zuzahlung befreit.
3. Der Erfolg einer logopädischen Behandlung hängt wesentlich von der aktiven Teilnahme der Patientin/des Patienten ab. Daher ist wichtig, die vereinbarten Termine zuverlässig wahrzunehmen. Die Terminabsprache dient auch der Sicherung eines zeitgemäßen Behandlungsablaufs.
4. Die Patientin/der Patient verpflichtet sich, die Logopädin/den Logopäden umgehend über Änderungen der Kontaktdaten (Adresse/Telefonnummer/E-Mail Adresse) zu informieren.

5. Die Logopädin erhebt die personenbezogene Daten ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen zum Zwecke der Gesundheitsbehandlung, Dokumentation und Abrechnung der erbrachten Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen nach § 302 SGB V. Die gesetzlich zugelassenen Rechenzentren wurden im Rahmen der Auftragsdatenverarbeitung zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen verpflichtet.
6. Durch die Unterschrift bestätigt die Patientin/Patient, eine Kopie des Vertrages erhalten zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel
Unterschrift der Logopädin

Unterschrift der Patientin/des Patienten/
der Eltern/der Betreuerin/des Betreuers