

# Patientenaufklärung

mit

.....  
(Name + Anschrift)

Die logopädische Therapie erfordert eine individuelle Vorbereitung und eine langfristige Terminplanung. Zur Gewährleistung des Therapieerfolges ist daher ein pünktliches und regelmäßiges Erscheinen zu vereinbarten Terminen erforderlich.

- (a) Termine, die von **gesetzlich krankenversicherten Patienten** nicht 24 Stunden vorher abgesagt sind (z. B. auch bei Krankheit, Unfall, Terminüberschneidungen ...), werden entsprechend den aktuellen Sätzen der zuständigen Krankenkasse privat in Rechnung gestellt.
  
- (b) Patienten, die zu einem Behandlungstermin **keine** ärztliche Verordnung vorliegen haben, erklären sich bereit, die Kosten für die Behandlung den Kassensätzen entsprechend privat zu übernehmen.
  
- (c) Wenn Ihre Verordnung gebührenpflichtig ist und Sie eine prozentuale Zuzahlung leisten müssen, bitten wir Sie um Überweisung oder EC-Cash **zu Beginn der Therapie**.
  
- (a) **Privatpatienten** erhalten einen Kostenvoranschlag. Außerdem behält sich die Praxis vor, dem Privatpatienten bei Beginn eines neuen Rezeptes einen weiteren Kostenvoranschlag zu unterbreiten. Durch die Fortsetzung der Therapie erklärt sich der Privatpatient mit dem neuen Kostenvoranschlag einverstanden.
  
- (b) Privatpatienten entrichten das Honorar entsprechend den in dem Kostenvoranschlag genannten Sätzen.
  
- (c) Termine, die von Privatpatienten nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, werden entsprechend den im Kostenvoranschlag genannten Sätzen in Rechnung gestellt.

- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Ich erkläre mich einverstanden, dass die behandelnde Logopädin sich zum Zwecke des Therapieerfolgs mit *medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Fachkräften* über mich/mein Kind Informationen einholen und sich über Therapieinhalte austauschen darf.

- ja                       - nein

- **Videotherapie:** Ich erkläre mich einverstanden, im Bedarfsfall Videotherapie durchführen zu lassen.

- ja                       - nein

- **Videoaufnahmen/Fotos:** Ich erkläre mich einverstanden, im Bedarfsfall Videoaufnahmen und Fotos erstellen zu lassen; diese dienen ausschließlich therapeutischen Zwecken.

- ja                       - nein

- **Terminversand per E-Mail/SMS:** Ich erkläre mich einverstanden, dass Termine auch per E-Mail oder SMS an mich versendet werden.

- ja                       - nein

**Ich wurde über die Therapiebedingungen aufgeklärt, bin mit ihnen einverstanden und beginne die logopädische Therapie in der Praxis | Stimmzentrum Gabriele Herzing.**

**Ich lehne die Therapiebedingungen ab und verzichte auf eine logopädische Therapie.**

.....  
Patient /gesetzl. Vertreter

.....  
Logopädische Praxis Herzing

Kassel, .....