



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Die Praxis Logopädie am Herrngarten GbR erhebt, verarbeitet und nutzt Patientendaten für folgende Zwecke:

- Pflege der Kontaktdaten
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder mit dem Patienten
- Therapeutische Dokumentation
- Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen

Zu diesen Zwecken können die Patientendaten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse oder die Abrechnungsstelle weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden die Daten ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:

- Pflege der Kontaktdaten
- Abrechnung erbrachter Leistungen
- Therapeutische Dokumentation

Mit der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten zu den oben genannten Zwecken bin ich einverstanden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt und die Behandlung nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden 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
- Ich jederzeit berechtigt bin, diese Einwilligungserklärung schriftlich mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser zu richten an:

Praxis Logopädie am Herrngarten GbR
Schleiermacherstr. 2
64283 Darmstadt

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen, bzw. falls solche nicht zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung von der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf auch an die o.g. Dritten weiterleiten.

Den Aushang „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

Name des Patienten

Darmstadt, den

Patient/in, Bevollmächtigte/r, Sorgeberechtigte/r *

Eine Kopie der Einwilligungserklärung wurde der/dem Patientin/en am _____
ausgehändigt.

Behandelnde Logopädin

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er/sie mit seiner/ihrer Unterschrift zugleich, dass ihm/ihr das Sorgerecht allein zusteht oder dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Bitte wenden! →

Logopädie am Herrngarten GbR

Manuela Faust, Astrid Sellhorn-Timm
Schleiermacherstr. 2
64283 Darmstadt
Tel: 06151-6794091
Mail: info@logopaedie-herrngarten.de



Behandlungsvereinbarung

Patient Name, Vorname	Geb.-datum
Name des Versicherten / des Erziehungsberechtigten	
Straße	
PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich
Fax/E-mail	Telefon mobil

Rezeptgebühren

Wir sind gesetzlich verpflichtet, für gesetzlich Versicherte über 18 Jahre pro Rezept einen Eigenanteil in Höhe von 10 € plus 10% der Rezeptgebühren in Rechnung zu stellen. Diese Gebühren führen wir direkt an Ihre Krankenkasse ab. Sollten Sie seitens Ihrer Krankenkasse von Zuzahlungen befreit sein, bitten wir Sie dies uns gegenüber nachzuweisen.

Aufsichtspflicht

Die Aufsichtspflicht des Therapeuten besteht ausschließlich während der Therapie. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, holen Sie Ihr Kind bitte pünktlich ab.

Datenschutz

Die behandelnde Therapeutin ist berechtigt, sich bei Bedarf mit ihren Kolleginnen bezüglich der Behandlung fachlich auszutauschen und ggf. Ton- oder Videoaufnahmen zum Zwecke der Supervision aufzuzeichnen. Weitere Erläuterungen zur Datenverarbeitung s. Rückseite.

Der Unterzeichnende erklärt sich einverstanden, dass erforderliche Berichte an den überweisenden Arzt per Fax übermittelt werden, sofern er diese nicht selbst überbringt.

Der Unterzeichnende hat eine Ausfertigung dieser Vereinbarung erhalten, ihren Zweck und Inhalt verstanden und erklärt sein Einverständnis mit seiner Unterschrift.

Datum

Unterschrift Patient/-in, Erziehungsberechtigte/-r, gesetzl. Vertreter/-in

Bitte wenden! →

Information zu den Ausfallgebühren

Leider erstatten die Krankenkassen keine Therapieausfälle. Auch dann nicht, wenn Patient*innen aus krankheitsbedingten Gründen absagen und ein Attest vorlegen können.

Die Vereinbarung von Terminen dient der Sicherung eines zeitgerechten Behandlungsablaufs und der Reduzierung von Wartezeiten. Die Behandlungssituation setzt die Verfügbarkeit der Therapeutin bzw. des Therapeuten voraus, daher ist eine Mehrfachbelegung von Terminen nicht möglich.

Viele therapeutische Praxen gehen, zur Vermeidung eines wirtschaftlichen Schadens, mit den Patient*innen einen Kompromiss bezüglich langfristiger und verbindlich reservierter Termine ein.

Unsere Regelung: Nur bei Terminabsagen innerhalb von 24 Stunden erheben wir eine Ausfallpauschale in Höhe von

35,00 € (30 Min.-Termin), 50,00 € (45 Min.-Termin), 70,00 € (60 Min.-Termin)

Sofern der Termin anderweitig belegt werden kann, entfällt die Ausfallpauschale.

Dieses Vorgehen entspricht dem allgemein üblichen Verfahren für Bestellpraxen und wird in unserer Behandlungsvereinbarung mit den Patient*innen oder deren gesetzlichen Vertretern verbindlich festgelegt.

Abschließend noch ein Wort zur Behandlung kranker Kinder:

Selbstverständlich sollen Kinder mit akuten Infekten zu ihrem eigenen Schutz nicht zur Therapie gebracht werden. Als Praxisinhaberinnen sind wir verpflichtet, unsere Mitarbeiterinnen und Patienten zu schützen und die Behandlung von Patienten mit akuten Infekten abzulehnen.

Seitens der Krankenkassen sind wir zur Sicherung des Therapieerfolges verpflichtet. Akut erkrankte Patienten sind nicht ausreichend lern- und aufnahmefähig, daher ist die Durchführung einer Therapieeinheit unter diesen Bedingungen nicht zu rechtfertigen.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis.