Anmelde- und Behandlungsvereinbarung



Vergütungsvereinbarung für Privatpatienten

zwischen der Praxis für Logopädie Christina Stock-Schönfelder
Stadtplatz 28, 95478 Kemnath
und

Name des Patienten	geboren	
VersicherungsnehmerIn	geboren	
Adresse		
Leistungen		Einzelpreis
Sprach-, sprech-, stimm- und schlucktherapeutisch eines Behandlungsplanes	e Befunderhebung zur Erstellung	164,18 €
Logopädische Einzelbehandlung (Regelbehandlungszeit 30 Minuten zzgl. Vor-und N	achbereitungszeit)	72,97 €
Logopädische Einzelbehandlung (Regelbehandlungszeit 45 Minuten zzgl. Vor-und N	achbereitungszeit)	100,34€
Ärztlich verordneter Hausbesuch (Pauschale bis 10 km einfache Fahrt zum Patienten)		31,33€
Wegegeld bei Hausbesuchen mit mehr als 10 km En	tfernung pro gefahrenen Kilometer	0,40€
Logopädischer Bericht		35,00 €
Ausführlicher logopädischer Bericht auf besondere	Aufforderung	130,00 €
Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangal beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließ dem jeweiligen Patienten oder dessen gesetzlichen Vertretern ur Vertragspartner verpflichten sich, den Rechnungsbetrag laut obe Kostenübernahme durch ihre private Krankenkasse. Der privat vereinbeitellerbringer und schuldet diesem die vertraglich vereinbeiterankenkasse richtet sich nach dem vom Versicherten gewählte §138 BGB- frei mit dem Patienten verhandeln. Die Honorare mei angemessen befundenen 2,3-fachen KK-Satz. Unsere Preisgestal Rechnungen sind ungekürzt innerhalb von 28 Tagen nach Rechn	lich der Vor- und Nachbereitung. Es besteht ein Diens nd der Praxis für Logopädie Christina Stock-Schönfelden genannten Preisen in voller Höhe zu begleichen, u ersicherte Patient steht in einem direkten Vertragsverarte Vergütung (§630a Abs. 1BGB). Die Höhe der Erstan Tarif. Die Heilmittelerbringer können die Preise- unt ner Praxis liegen im Rahmen bzw. unterhalb des vom itung legt ab sofort den 1,4 fachen Satz der GKV-Sätz	stvertrag zwischen der. Die nabhängig von der rhältnis mit seinem ttung durch die ter Beachtung von OLG Karlsruhe für
Kemnath, den		
Ort, Datum	Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter	