Logopraxis Benjamin
Paul Benjamin Pinkawa, Diplomierter Logopäde

Dr.-Hanns-Schürff-Gasse 5, 2340 Mödling
Telefon +43 676 5874495
office@logopraxis-benjamin.at
www.logopraxis-benjamin.at

Therapievereinbarung

Sehr geehrte Patient:innen, liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

für einen klaren Ablauf der Therapie gelten folgende Vereinbarungen.

Verordnung

Grundlage der Rückerstattung durch die Krankenkasse ist eine ärztliche Verordnung für logopädische Therapie, in der Regel über 10 Therapieeinheiten, ausgestellt zum Beispiel von HNO-Ärzt:innen, Kinderärzt:innen, Neurolog:innen oder Zahnärzt:innen. Bitte bringen Sie die Verordnung zum ersten Termin mit.

Behandlungskosten und Rückerstattung

Ich arbeite als Wahllogopäde ohne Kassenvertrag. Es gibt keine Direktverrechnung mit der Krankenkasse: Sie bezahlen jede Einheit direkt danach, bar oder mit Karte, und erhalten dafür eine Honorarnote.

Die Honorarnote reichen Sie gemeinsam mit der ärztlichen Verordnung bei Ihrer Krankenkasse ein. Ein Teil der Kosten kann von der Krankenkasse rückerstattet werden; die Höhe der Rückerstattung erfahren Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Dauer der Einheit

Eine Therapieeinheit dauert 60 Minuten: 45 Minuten Therapie- und Besprechungszeit und 15 Minuten Vor- und Nachbereitung.

Bitte kommen Sie pünktlich zum vereinbarten Termin. Eine Verspätung geht von der Therapiezeit ab.

Termine und Absagen

Bitte sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher ab, telefonisch, per SMS oder per E-Mail. Bei späterer oder keiner Absage wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 % des vereinbarten Tarifs verrechnet. Es ist beim nächsten Termin zu bezahlen und wird von der Krankenkasse nicht rückerstattet.

Für Absagen per SMS oder E-Mail gilt Ihre Einwilligung in der Datenschutz-Information (Punkt 8 dort).

Ich freue mich auf die Zusammenarbeit.
Benjamin Pinkawa

Einverständnis

Ich bin mit den oben genannten Behandlungsbedingungen und dem nachfolgend vereinbarten Tarif einverstanden.

Tarif: _____ zu je _____ €

Patient:in

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Gesetzliche Vertretung (bei Minderjährigen oder bei einer Erwachsenenvertretung)

Vor- und Nachname: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin bzw. des Patienten oder der gesetzlichen Vertretung: