

Anmeldung

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wir bitten Sie, vor Therapiebeginn folgende Hinweise zur Kenntnis zu nehmen:

1. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, rechtzeitig zu Ihrem Therapietermin zu erscheinen.
2. Eine Therapie kann nur erfolgreich sein, wenn Sie Ihre Termine möglichst kontinuierlich wahrnehmen.
3. **Bei Nichtvorlage einer gültigen aktuellen ärztlichen Verordnung:**

Die Therapie kann erst nach **Vorlage einer aktuellen gültigen ärztlichen Verordnung** beginnen (siehe Verordnungsbeispiel zur Erläuterung)

Sollten Sie keine gültige Verordnung vorlegen können, erlauben wir uns, bereits geleistete Therapiestunden gemäß des jeweiligen Kassensatzes **ab dem 1.**

„Nichtvorlegen“ **privat als Selbstzahler in Rechnung** zu stellen.

Bei Kassenpatienten entspricht der Betrag dem gültigen Therapiesatz ihrer Kasse:

Diagnostiktermin: 111,15 € für alle weiteren Therapietermine 67,93 €

Bei Privatpatienten entspricht der Betrag dem 1,8fachen gültigen Kassensatz:

Diagnostiktermin: 122,27 € zzgl. 75,-€ für Anamnese und logopädischen Befund
und für alle weiteren Therapietermine aus Kulanz RVO-Kassensatz: 67,93 €.

4. **Bei nicht rechtzeitiger Terminabsage:**

Bitte beachten Sie, dass Ihnen Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Hierbei ist es unerheblich, aus welchem Grund Sie absagen (Krankheit,

Autopanne etc. (Urteil: Amtsgericht Königstein/Taunus AZ 22 C 1078/81 aufg. § 615

BGB) Der Betrag entspricht dem gültigen Therapiesatz Ihrer Kasse (bei

Privatpatienten aus Kulanz RVO-Kassensatz): VdeK/ RVO/LKK: 67,93 €

5. Bei Patienten, die über 18 Jahre alt und gesetzlich versichert sind, verlangen die gesetzlichen Krankenkassen pro Rezept eine Rezeptgebühr von 10,- €. Zusätzlich verlangen die gesetzlichen Krankenkassen eine Selbstbeteiligung von 10 % der Behandlungskosten. Beide Beträge werden Ihnen am Behandlungsende einer jeden Verordnung in Rechnung gestellt.

6. Sie sind verpflichtet uns **Änderungen in Ihrem Versichertenstatus umgehend mitzuteilen.**

7. Bitte beachten Sie, dass unsere **Aufsichtspflicht für Ihr Kind** sich nur auf die Dauer der logopädischen Behandlung bezieht.

(behandelnde Therapeutin)

(Patient/Erziehungsberechtigter)

Erläuterung:

Auf folgende Punkte müssen Sie für eine Korrekte gültige Verordnung achten:

- ① Angaben im Adressfeld: alle gelb markierten Felder müssen ausgefüllt sein
- ② Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie muss angekreuzt sein?
- ③ Ausstellungsdatum: Der 1. Therapie termin muss spätestens nach 28 Kalendertagen nach dem Ausstellungsdatum erfolgen?

Zustellungsort	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Heilmittelverordnung 13	
Zustellungspflicht	Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
Unterschriften	geb. am		<input type="checkbox"/> Podologische Therapie	
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<input checked="" type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
	Vertragsbedürftigen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
				<input type="checkbox"/> Ernährungstherapie
	Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code			
	Diagnosegruppe	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	patientenindividuelle Leitsymptomatik <input type="checkbox"/>
	Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)			
	Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		Behandlungseinheiten	
	Heilmittel			
	Ergänzendes Heilmittel			
	<input type="checkbox"/> Therapiebericht	Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapiefrequenz	
	<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen			
	ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise			
	IK des Leistungserbringers		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

① Adressfeld

② Stimm-, Sprech-, Sprach u. Schlucktherapie

③ Ausstellungsdatum

④ Diagnosegruppe

⑤ Stempel & Unterschrift des Arztes

- ④ Diagnosegruppe muss angegeben sein?
- ⑤ Stempel & Unterschrift des Arztes darf nicht fehlen?