

INFORMATIONEN zur WAHL-logopädischen Therapie

Verordnung & Kosten

- Fachärztliche Verordnung: diese sollte die Diagnose sowie 10x Logopädie T3 à 60 Min. beinhalten
- SVS: Chefärztliche Bewilligung nach der ersten Einheit mittels logopädischen Behandlungsplan einholen. Kostenübernahme ab Bewilligungs-/Verordnungsdatum
- Die Höhe der jeweiligen Refundierung bei der Krankenkasse erfragen
- Verordnete Therapiezeit: beinhaltet die notwendigen und angebrachten Leistungen mit und für die Patient*innen, sowie Vor- und Nachbereitungszeit durch die Therapeut*innen
- Kosten & Dauer aktive Therapie
 - T3 = 45 Min. à 100 €
 - T2 = 35 Min. à 75 €
 - T1 = 25 Min. à 50 €
 - T5 Hausbesuch 20 € zusätzlich zur verordneten Therapie
 - Therapieversuch mit Hausbesuch T5 à 25 €
- Therapeutisches Telefonat
 - bis 10 Minuten – 20 €
 - bis 15 Minuten – 25 €
 - bis 25 Minuten – 50 €
 - bis 35 Minuten – 70 €
 - bis 45 Minuten – 90 €

Absage / frühzeitige Beendigung einer vereinbarten Therapie

Eine Absage durch die Patient*innen ist bis spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin durch Hinterlassen einer Nachricht via SMS/WhatsApp, Anruf, Mail zu tätigen. Innerhalb der Frist von 24 Stunden vor Therapiebeginn wird der nicht wahrgenommene Termin mit € 50.- in Rechnung gestellt. Bei frühzeitiger Beendigung einer Therapie durch die Patient*innen wird der reguläre Tarif verrechnet. Für Patient*innen in Pflegeheimen oder mit Pflegebetreuung am Wohnort wird bei nicht durchführbarer Therapie ein Therapieversuch mit Hausbesuch verrechnet. Diese Kosten einer Absage können bei der Krankenkasse nicht refundiert werden. Pünktliches Erscheinen ist wichtig, versäumte Zeit kann nicht nachgeholt werden.

Dokumentation/Verarbeitung der Daten

Alle Informationen und Daten unterliegen der absoluten Verschwiegenheitspflicht. Gesetzliche Verpflichtung zur Dokumentation, Speicherung und Verwendung der Daten. Abschriften der Dokumentation können entgeltlich angefordert werden, diese sind im Eigentum der Logopädin. Die Behandlung erfolgt in Übereinstimmung mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere dem Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in der geltenden Fassung. Ein abschließender logopädischer Bericht ergeht an den/die überweisende/n Arzt/Ärztin.

DSGVO

Ich entbinde meine Logopädin von ihrer Schweigepflicht gegenüber allen Ärzten und ggfs. Therapeuten bei denen ich mich in Behandlung befinde, sowie innerhalb der logopädischen Praxis zur Supervision und Buchhaltung. Hiermit erkläre ich mich außerdem einverstanden, dass im Rahmen der Therapie Ton- und Videoaufnahmen angefertigt werden, die ausschließlich vertraulich behandelt und ggf. zu Befundbesprechungen verwendet werden dürfen. Untersuchungsbefunde, Ton- und Videoaufnahmen dürfen anonymisiert zu Lehr- Studienzwecken gezeigt werden. Ton- und/oder Videoaufnahmen, sowie während der Therapie angefertigte Materialien bzw. Dateien oder Dokumentationen dürfen mir per WhatsApp, SMS oder via Mail unverschlüsselt gesendet werden. Terminerinnerungen und Honorarnoten werden vom österreichischen Softwareanbieter AppointMed versendet. Ich entlasse die behandelnde Logopädin aus ihrer Geheimhaltungsverpflichtung bei Verwendung der App/Software für die Teletherapie und stimme der Datenübertragung mit dem Medium ZOOM zu.

Student*innen

Dies ist eine Praktikumsstelle für Studierende der Logopädie der Fachhochschulen Österreichs. Die Student*innen sind in den Therapien anwesend und übernehmen Teile der Therapie, die sie zuvor unter Supervision und Absprache erarbeitet und vereinbart haben. Die Verantwortung und Entscheidung welche Therapiemaßnahmen übernommen werden können trägt Ihre Logopädin. Hier gilt ebenso die Verschwiegenheit! Sie werden rechtzeitig über die Anwesenheit von Student*innen informiert.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Ich, _____
Titel, Vor- und Zuname

geb. am. _____

habe die Informationen, AGB & DSGVO zur logopädischen Therapie gelesen, verstanden und akzeptiert.

Mailadresse & Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift