



PRAXIS FÜR LOGOPÄDIE

Elisabeth Arzmann-Spiegl
Schnürergasse 9 , 5600 St. Johann
0699/10 23 31 88
e-mail: arzmann@sbg.at

Information und Vereinbarung

Kosten und Rückerstattung:

Datum der Bewilligung durch die Krankenkasse: _____

1. Eine Therapieeinheit dauert **30 Minuten** und kostet **EUR 37**. (25 Minuten Therapie, 5 Minuten Vor- und Nachbereitung). Das Honorar ist nach maximal zehn Einheiten per Überweisung innerhalb einer Woche zu bezahlen. Im Nachhinein erhalten Sie je nach Krankenkasse zwischen **EUR 14,53(GKK)** bis **EUR 30** pro Therapieeinheit rückerstattet.
2. Sie benötigen einen **Verordnungsschein** von Ihrem Arzt. Dieser muss **vor Beginn der Therapie** chefärztlich bewilligt werden. Auf dem Verordnungsschein muss stehen:

Diagnose: _____ logopädische Therapie erbeten

3. Lassen Sie bitte bei einem **HNO-Arzt das Gehör überprüfen**, um eine Hörstörung ausschließen zu können.
4. Bei Kindern, die noch nicht schulpflichtig sind und ausschließlich bei der GKK versichert sind, besteht bei Bedarf die Möglichkeit, einen **Zuschuss** von der **Salzburger Landesregierung** (Amt für Familie und Generationen) zu erhalten, mit welcher ich zu diesem Zwecke einen Werkvertrag habe. So kann Ihr Selbstbehalt reduziert werden. In diesem Falle erklären Sie sich einverstanden mit der Weitergabe Ihrer Daten an die Landesregierung (Name, Adresse, Telefonnummer und Diagnose)
5. Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin nicht erscheinen können, geben Sie mir dies bitte spätestens einen Tag vorher bekannt, indem Sie mir eine Nachricht auf die Mailbox meines Handys sprechen, damit ich diesen Termin weiter vergeben kann. Sollten Sie den Termin nicht oder zu spät absagen, verrechne ich als Verdienstaustauschgleich **ausnahmslos** 10 Euro, welche bar zu bezahlen sind.
6. Jede Therapieeinheit dauert **30 Minuten**. Sollten Sie zu spät kommen, kann ich aus Rücksicht auf die anderen Patienten die Therapie nicht verlängern. Nur mit diesem System ist es möglich, Wartezeiten zu vermeiden.
- 7.-Sie erklären sich damit einverstanden, dass laut Datenschutzverordnungsgesetz 2018 Ihre Daten von mir verwaltet und gespeichert werden.

Ich erkläre mich mit oben stehenden Punkten einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____