



Fachpraxis für Logopädie

Dipl. Logopädin Elisabeth Arztmann-Spiegl
Schnürergasse 9, 5600 St.Johann
Termine nach telefonischer Vereinbarung
0699/10233188

Information und Vereinbarung

Kosten und Rückerstattung:

Datum der Bewilligung durch die Krankenkasse: _____

1. Eine Therapieeinheit dauert **30 Minuten** und kostet **EUR 33**. (25 Minuten Therapie, 5 Minuten Vor- und Nachbereitung). Dieser Betrag ist nach jeder Therapie zu bezahlen. Im Nachhinein erhalten Sie je nach Krankenkasse zwischen **EUR 14,53** bis **EUR 25** 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. Nach maximal 10 – 20 Therapieeinheiten stelle ich Ihnen eine Honorarnote über das bereits bezahlte Honorar aus, welche Sie mit dem Verordnungsschein bei Ihrer Krankenkasse einreichen
5. Bei Kindern, die noch nicht schulpflichtig 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)
6. 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 Verdienstaufausgleich **ausnahmslos** 10 Euro.
7. 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.

Ich erkläre mich mit oben stehenden Punkten einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____