

# ***BIB Förderkonzept Mathematisches Denken***

G. Boerner, 2. Staatsexamen Mathematik/Physik · C. Issels, Integrativer Dyskalkulietherapeut Ev.FH RWL Bochum/RWTÜV-Akademie

Wissenschaftliche Beratung und Supervision: K. Boerner, Dipl.-Psych., Supervisor BDP

Kennedyplatz 8, 45127 Essen, Telefon 02 01 / 10 55 8 44

[bib-essen@online.de](mailto:bib-essen@online.de)

## **Therapievertrag**

zwischen dem Zentrum und

---

(Name, Vorname des Auftraggebers)

---

(Anschrift)

(Rufnummer)

---

(Name, Vorname des Therapieteilnehmers/Klienten)

(Geburtsdatum)

Therapiebeginn: \_\_\_\_\_

monatlicher Beitrag: **€ 200,00**

### **§ 1 Leistungen des Zentrums**

(1) Der Klient ist zur Teilnahme an 45 Einzeltherapiesitzungen à 60 Minuten einschließlich begleitender Elternberatung zur Unterstützung der Therapie pro Kalenderjahr berechtigt. Die jeweiligen Sitzungen finden - außer an gesetzlichen Feiertagen und in den Schulferien - einmal wöchentlich zum vereinbarten Termin in den Räumlichkeiten des Zentrums statt. Im Rahmen der Einzelsitzungen führen Therapeuten des Zentrums mit dem Klienten auf Grundlage der gestellten Diagnose die erforderlichen Therapiemaßnahmen durch.

(2) Neben der Therapie sind folgende Leistungen des Zentrums Vertragsbestandteil:

1. Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes auf Basis vorliegender Ergebnisse einer Förderdiagnostik sowie des zentrumseigenen Therapieprogramms;
2. therapiebegleitende Teambesprechungen der Therapeuten, Erstellung der Differential- und Verlaufsdagnostik;
3. Bereitstellung sämtlicher Therapie- und Trainingsmaterialien;
4. weitere begleitende Beratung der Eltern zur Unterstützung der Therapie;
5. soweit erforderlich, fernmündliche und/oder persönliche Kontakte mit der Schule, dem behandelnden Arzt und anderen Betreuern.

(3) Kann ein vereinbarter Termin aus Gründen, die vom Zentrum zu vertreten sind, nicht eingehalten werden, so wird eine Nachholmöglichkeit geboten.

### **§ 2 Kosten der Therapie**

(1) Die Jahreskosten für einen Therapieplatz belaufen sich auf € 2.400,00. Der Auftraggeber hat die entstehenden Kosten durch Zahlung monatlicher Beiträge in Höhe von **€ 200,00** zu entrichten.

(2) Die Beiträge sind monatlich im voraus zur Zahlung fällig. Der erste Beitrag ist bei Therapiebeginn zu leisten. Die Folgebeiträge sind jeweils bis zum 3. Banktag eines Monats zu entrichten.

(3) Die Beiträge werden von einem vom Auftraggeber zu benennenden Girokonto zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen eingezogen. Insoweit erteilt der Auftraggeber dem Zentrum die unter diesem Vertrag formulierte Einzugsermächtigung. Der Auftraggeber garantiert ausreichende Kontodeckung zu den jeweiligen Einzugsterminen. Im Falle der Rückbuchung der eingezogenen Beiträge infolge nicht ausreichender Kontodeckung oder sonstiger vom Auftraggeber zu vertretender Gründe hat der Auftraggeber den fälligen Beitrag nebst den dem Zentrum entstandenen Rückbuchungskosten unverzüglich nachzuentrichten.

(4) Eine von § 2 Absatz 3 abweichende Art der Beitragsentrichtung bedarf einer besonderen schriftlichen Vereinbarung. Eine solche Vereinbarung soll nur in begründeten Ausnahmefällen getroffen werden.

### **§ 3 Allgemeine Bedingungen**

(1) Wenn der Klient eine vereinbarte Therapiesitzung nicht einhalten kann, ist der Auftraggeber/ Klient zu einer rechtzeitigen Benachrichtigung des Zentrums verpflichtet. Die entsprechende Mitteilung hat im Normalfall mindestens 24 Stunden vor dem abgestimmten Termin zu erfolgen; anderenfalls entfällt die Verpflichtung des Zentrums, die Sitzung zu einem anderen Termin nachzuholen. Eine Verhinderung des Klienten aus wichtigem Grund, z.B. Unfall, Krankheit, Verletzung, hat der Auftraggeber auf Anforderung des Zentrums nachzuweisen.

(2) Der Auftraggeber verpflichtet sich, das Therapieprogramm **SAEM** des Zentrums ohne Absprache mit der Zentrumsleitung Dritten nicht zugänglich zu machen. Er hat dem Zentrum den aus einem etwaigen Pflichtenverstoß entstandenen Schaden zu ersetzen.

### **§ 4 Vertragsdauer / Kündigung**

(1) Die Laufzeit des Vertrages ist unbefristet. Beide Vertragspartner sind berechtigt, diesen Vertrag jederzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von sechs Wochen zu kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

(2) Bei einer schweren Krankheit/Unfallverletzung des Klienten kann der Vertrag durch schriftliche Vereinbarung auf bestimmte Zeit außer Kraft gesetzt oder fristlos in schriftlicher Form gekündigt werden. Der Grad der Krankheit bzw. die Schwere der Verletzung ist durch ärztliches Attest nachzuweisen. Der Beitrag für den darauf folgenden Monat ist noch zu entrichten.

### **§ 5 Haftung**

Die Haftung des Zentrums für Schäden aus unerlaubter Handlung erstreckt sich ausschließlich auf durch Zentrumsmitarbeiter innerhalb der Zentrumsräume schuldhaft verursachte Haftpflichtschäden. Eine darüber hinausgehende Haftung des Zentrums, insbesondere für Schäden, die der Klient auf dem Hin- und Rückweg zum Zentrum erleidet bzw. verursacht, ist, soweit gesetzlich zulässig, ausgeschlossen.

### **§ 6 Zusatz-/Sondervereinbarungen**

Die unten stehende(n) Zusatz-/ Sondervereinbarung(en) ist/sind Bestandteil dieses Vertrages.

**§ 7 Sonstiges**

Vertragsänderungen oder -ergänzungen bedürfen der Schriftform, mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Im Falle der Unwirksamkeit einzelner oder mehrerer Bestimmungen bleibt der Vertrag im übrigen unberührt. Die unwirksamen Bestimmungen werden in diesem Fall durch ihrem Zweck entsprechende gültige Regelungen ersetzt. Gerichtsstand bzw. Erfüllungsort ist Essen. Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

**Mit der Unterschrift erklärt sich der Auftraggeber mit den vertraglichen Bestimmungen einverstanden.**

Essen, den \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ für das Zentrum \_\_\_\_\_ Auftraggeber

\* \* \*

**Erklärung zur Schweigepflicht**

Mir/uns ist bekannt, daß alle Zentrumsmitarbeiter der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen und deshalb ohne meine/unsere Einwilligung keine diagnostischen und therapeutischen Daten oder Informationen über den Klienten an Außenstehende weiterleiten dürfen.

Ich/wir wünsche(n) jedoch im Bedarfsfall eine Kontaktaufnahme und -pflege des Zentrums mit den nachstehend genannten Personen/Einrichtungen, denen gegenüber ich/wir das Zentrum von der Schweigepflicht befreie(n):

Arzt:  
\_\_\_\_\_

Schule:  
\_\_\_\_\_

sonstige:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des/der Sorgeberechtigten

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

für

**BIB Förderkonzept Mathematisches Denken**

Kennedyplatz 8, 45127 Essen, Telefon 02 01 / 10 55 8 44

von

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Auftraggebers

Hiermit beauftrage ich Sie - **bis auf Widerruf** - zur Beitragsabbuchung von meinem Konto:

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers Datum, Unterschrift

\* \* \*

**Zusatz-/Sondervereinbarung(en) zum Therapievertrag:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Essen, den \_\_\_\_\_ Datum für das Zentrum Auftraggeber