



## Behandlungsvertrag

zwischen

### Klient\*in/Leistungsempfänger\*in

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

und

### Stillberatung/IBCLC

Kerstin Fach

Untere Kellerstraße 7a

90537 Feucht

---

Wird von Stillberatung ausgefüllt !

Datum/Uhrzeit der Beratung/en:	Unterschrift Klientin:
<input type="checkbox"/> Stillberatung _____	_____
<input type="checkbox"/> Folgeberatung, Datum: _____ Dauer: _____	_____
<input type="checkbox"/> Stillberatung bei Laser-Therapie, Dauer: _____	_____
<input type="checkbox"/> Stillberatung per Telefon/Zoom, Dauer: _____	_____
<input type="checkbox"/> Zungenband-Ersteinschätzung und Beratung, _____	_____
Dauer: _____	



## Stillberatung/IBCLC - Laser Therapie – Milchpumpenverleih – Trageberatung

Stillberatung ist **keine Kassenleistung** und muss daher von der Klient\*in **privat bezahlt** werden.

Folgende **Kosten** fallen an:

- ☐ **Stillberatung** (Dauer 60-90 Min.) mit ausführlicher Anamnese **70,- €/Stunde**.
- ☐ Folgeberatung **70,- €/Stunde** (Abrechnung erfolgt im 15 Minuten Takt).
- ☐ Beikostberatung oder Abstillberatung **70,- €/Stunde** (Abrechnung im 15 Minuten Takt).
- ☐ Stillberatung bei Laser-Therapie **70,- €/Stunde** (Abrechnung im 15 Minuten Takt).
- ☐ Ersteinschätzung Zungenband – orale Restriktion, **70,- €/Stunde** (inklusive schriftliche Zusammenfassung/Auswertung für Eltern/Arzt/Therapeuten).
- ☐ Betreuung - Nachsorge nach Frenotomie **70,- €/Stunde** (Abrechnung im 15 Minuten Takt).
- ☐ Bei erhöhtem Aufwand zusätzlich ein Pauschalbetrag von einmalig **20,- €**, für Infomaterial, sowie Mail-, Telefon-, oder Social-Media Kontakte.
- ☐ Telefonische Beratung **10,- €/10 Minuten** (bei vorangegangener Stillberatung 1-malig 15 Min. frei).

### Im Hausbesuch fällt folgende **Fahrtkostenpauschale** an:

- ☐ Ortsgebiet Wendelstein **5,- €**
  - ☐ Stadtgebiet Nürnberg/Fürth/Schwabach/Roth bis 30 km, **10,- €**
  - ☐ bei weiteren Strecken ab 30 km **15,- €**, ☐ ab 40 km **20,- €**
- Die Klient\*in versteht, dass der Besuch einer Stillberatung/IBCLC einem Arztbesuch nicht gleichkommt. **Die Stillberatung ersetzt keinen Arztbesuch!**
  - Zum Ausschluss von ernsthaften Erkrankungen sind ärztliche Diagnosen unerlässlich.
  - **Die Vertragsparteien verpflichten sich die vereinbarten Termine einzuhalten** (bei **Absagen** durch die Klienten, **weniger als 24h** vor dem geplanten Termin, behalte mich mir vor eine Aufwandsentschädigung von **35,- €** in Rechnung zu stellen), Ausnahme: Erkrankung und neue Terminvereinbarung. Bei **nicht antreffen** oder **nicht erscheinen** wird der **komplette Stundensatz** + evtl. angefallene Fahrtkostenpauschale in Rechnung gestellt.
  - Die Klient\*in versteht, dass die Beratung kostenpflichtig ist.
  - Das Honorar ist spätestens 7 Arbeitstage nach Rechnungsdatum fällig und per Überweisung zu begleichen.
  - Für evtl. benötigte Stillhilfsmittel kommt die Klienten vollumfänglich auf.

### **Erreichbarkeit:**

Im Regelfall bin ich unter Handy: **0171 2391974** erreichbar, bei Nichterreichbarkeit melde ich mich im Laufe des Tages zurück.

**Im Notfall wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt oder die nächste Klinik!**



## Stillberatung/IBCLC - Laser Therapie – Milchpumpenverleih – Trageberatung

**Datenschutz:**

Ich erkläre mich mit der Erfassung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten (personenbezogene Daten, sowie Daten aus dem Anamnesebogen – Mutter/Baby) einverstanden. Ich habe die Daten wahrheitsgemäß beantwortet, um die Richtigkeit und Genauigkeit von Informationen für die Beratung zu gewährleisten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir genannten Daten, zum Zweck der Stillberatung sowie Erstellung und Auswertung einer Gewichtskurve im Verlauf verwendet werden dürfen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Für medizinische Daten besteht eine zehnjährige Aufbewahrungspflicht.

---

Ort, Datum



---

Unterschrift Stillberatung

---

Unterschrift Klient\*in