

Behandlungsvertrag

für: _____
Vor- und Nachname und Geburtsdatum des Kindes

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie wünschen eine Behandlung in unserer Praxis KJP RÜ. Vielen Dank für Ihr Vertrauen, wir freuen uns auf eine Zusammenarbeit mit Ihnen!

Um Ihnen bestmöglich helfen zu können gelten im Vorfeld einige Voraussetzungen, ohne die eine Behandlung Ihres Kindes bei uns leider nicht möglich ist.

1. Wir benötigen die **Einwilligung aller Sorgeberechtigten**. Dies gilt auch, wenn Sie getrennt lebend, aber gemeinsam sorgeberechtigt, die Pflegeeltern oder erziehende Angehörige sind.
2. Eine gleichzeitige Behandlung bei einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis, Institutsambulanz oder einem sozialpädiatrischen Zentrum ist nicht möglich, da die Kosten einer Doppelbehandlung durch die Krankenkassen nicht übernommen werden.
3. Da wir eine reine Terminpraxis sind, sind wir darauf angewiesen, dass vereinbarte Termine eingehalten werden. Wir behalten uns daher vor, ein **Ausfallhonorar für versäumte Termine** und Absagen weniger als 1 Werktagen vor dem Termin zu erheben. Das Ausfallhonorar berechnet sich nach Terminlänge mit 25,- Euro pro 30 min. Ersatztermine werden erst nach Begleichung des Ausfallhonorars vergeben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die oben genannten Voraussetzungen gelesen zu haben und mit diesen einverstanden zu sein.

Sie bestätigen, dass der/die nicht anwesende Sorgeberechtigte über die Vorstellung informiert und einverstanden ist.

Nachhaltigkeit und der Schutz unserer Ressourcen sind uns ein wichtiges Anliegen. Wir würden uns daher freuen, Ihnen Bescheinigungen, Befundberichte und Terminerinnerungen papierlos per E-Mail zusenden zu dürfen.

Mailadresse:

.....

- Ich bin damit einverstanden, Befundberichte digital zugestellt zu bekommen.
- Ich bin damit einverstanden, per E-Mail an meine Termine erinnert zu werden (Recall).

.....

Ort, Datum Unterschrift