



Behandlungsvertrag zum Erstgespräch nach telefonischer Terminvereinbarung

Liebe Patienten, liebe Eltern!

Sie haben einen Ersttermin für

_____ am _____
reserviert.

Eine endgültige Terminvergabe erfolgt erst nach Rücksendung dieses Schreibens. Bitte senden Sie uns die Unterlagen spätestens 4 Wochen vor vereinbarten Termin zurück.

Jeder Termin wird extra für sie freigehalten und die getroffene Terminvereinbarung ist damit verbindlich.

Für jeden **nicht oder verspätet abgesagten Arzttermin** (werktags, spätestens **24 Stunden vorher**), berechnen wir gem. §§ 304, 683 DGB einen **Aufwendungssatz in Höhe von 80 € für einen Erstvorstellungstermin oder einen Diagnostiktermin, für jeden weiteren Folgetermin 50 €.**

Die Absage kann telefonisch oder auch per Mail erfolgen. Diese Möglichkeit ist unbedingt zu nutzen, wenn sie uns telefonisch nicht erreichen.

Im Falle einer Erkrankung des Patienten oder der Eltern gilt die Absage nur nach Vorlage eines ärztlichen Attestes.

Bitte beachten Sie, dass diese Kosten nicht von Ihrer Krankenkasse erstattet werden, sondern Ihnen privat in Rechnung gestellt werden.

Sollte uns am Ende des Quartals keine gültige Krankenversicherungskarte vorliegen, sehen wir uns leider gezwungen, Ihnen eine Privatrechnung über die bisherigen Behandlungen zu erstellen.

Ich/Wir versichere/n, dass mein/unser Kind, in diesem Quartal in keiner anderen sozial-psychiatrischen Praxis, dem sozialpsychiatrischen Zentrum der DRK- Kinderklinik oder einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz behandelt wird und dass es während der Behandlung in der Praxis Dr. med. Vitt-Beiler & Brehme auch zu **keiner Parallelbehandlung** kommen wird.

Ich bin/wir sind darüber informiert worden, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit dem **Einverständnis aller Sorgeberechtigten** erfolgen kann.

Der/die Unterzeichnende/n versichert hiermit, dass **alle Sorgeberechtigten** informiert und mit der Kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung und Behandlung einverstanden sind.

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Unterschrift des volljährigen Jugendlichen

Siegen, den _____