



Behandlungsvertrag zum Erstgespräch nach telefonischer Terminvereinbarung

Liebe Eltern!

Sie möchten für Ihr Kind einen Termin reservieren.

Vor- und Nachname _____

Nach Rücksendung dieses Schreibens werden wir Ihr Kind auf unsere Warteliste nehmen.

Bitte senden Sie uns die Unterlagen zeitnah wieder 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 100 € 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.

Ich/Wir versichere/n, dass mein 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

Siegen/Attendorf, den _____