Praxis Wunkelbüh
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fr. Dr. med. Ines Mendler

Behandlungsvereinbarung

und Einverständnis der Sorgeberechtigten

Sie haben sich zu einer Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis entschieden.

Hierfür benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, d.h. in der Regel beider Eltern: § 1687 BGB – Ausübung der gemeinsamen Sorge bei getrennt lebenden Eltern (1) Leben Eltern, denen die gemeinsame Sorge zusteht, nicht nur vorübergehend getrennt, sind bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung von erheblicher Bedeutung ist, ihr gegenseitiges Einverständnis erforderlich (...).

Ich/wir wurde(n) darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis Wunkelbüh die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde(n) ich/wir mich/uns mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die heutige Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde(n) ich/wir die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren. Alle Mitarbeiter der Praxis unterliegen der Schweigepflicht. Zudem gilt ab 25. Mai 2018 die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Zu dieser Einwilligungserklärung wurde(n) mir/uns eine schriftliche Information zu Art und Umfang der Datenverarbeitung ausgehändigt und ich/wir habe(n) diese zur Kenntnis genommen. Ich/wir bestätige(n) hiermit zudem, dass aktuell keine parallele Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz (PIA), einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder sonstigen sozialpsychiatrischen Einrichtung erfolgt. Sollte eine parallele Behandlung eintreten, werden wir dies der Praxis Wunkelbüh unmittelbar mitteilen.

Unsere Praxis ist eine Terminpraxis, so dass kurzfristig oder nicht abgesagte Termine nicht anderweitig vergeben werden können. Sollte ein Termin von mir/uns/meinem/unserem Kind nicht wahrgenommen werden können, werde(n) ich/wir die Praxis Wunkelbüh daher **spätestens zwei Werktage zuvor und mindestens 48 Stunden vorher** hierüber telefonisch informieren. Andernfalls wird von mir/uns, ein Ausfallshonorar in Höhe von **40,00 €** pro Termin bzw. **80,00 €** bei IQ-Testungen beglichen.

Mir ist bewusst, dass ohne Zustimmung zu allen Punkten dieser Vereinbarung keine Behandlung erfolgen kann. Mit meiner Unterschrift bzw. der Inanspruchnahme von Leistungen stimme ich den vorgenannten Bedingungen daher in Gänze zu und bestätige eine Kopie dieser Behandlungsvereinbarung erhalten zu haben.

Das Sorgerecht wird ausgeübt von:

☐ Beiden Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstigen: _____

Personalien

_____ _____
Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

_____ _____
Name, Vorname des/der ersten Sorgeberechtigten Geburtsdatum

_____ _____
Name, Vorname des/der zweiten Sorgeberechtigten Geburtsdatum

Gundelfingen, den _____ Gundelfingen, den _____

_____ _____
Unterschrift Sorgeberechtigte(r) Unterschrift Sorgeberechtigte(r)