

Behandlungsvertrag

und Einverständnis der Sorgeberechtigten

Wichtiger Hinweis:

Das schriftliche Einverständnis beider Sorgeberechtigten muss zum ersten Vorstellungstermin mitgebracht werden, damit wir die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes beginnen können.

- Ich bin / wir sind mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diagnostik und sozialpsychiatrischen Versorgung des Kindes

Name _____ Vorname _____ geb. _____

in der Praxis Lucia Pieper
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Gelderner Str. 45, 47661 Issum

einverstanden.

- Eine laufende sozialpsychiatrische Versorgung in Sozialpädiatrischen Zentren, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen wird derzeit nicht in Anspruch genommen.
- Ich bin / wir sind mit dem Service der Terminerinnerung (3 Tage vorher) per E-Mail und der Videosprechstunde einverstanden. E-Mail Adresse: _____
- Sollte ich / sollten wir einen Termin nicht wahrnehmen können, werde ich / werden wir diesen mindestens 48 Stunden vorher absagen. Andernfalls wird mir ein Ausfallhonorar in Höhe von 40 Euro in Rechnung gestellt.
- Ebenfalls bin ich darüber informiert, dass in diesem Fall alle bereits vereinbarten Termine mit der Praxis Lucia Pieper aus dem Terminkalender gestrichen werden.
- Die Patienteninformation zur neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), ab dem 25.5.2018 habe/n ich/wir gelesen und akzeptieren diese bis auf Widerruf.

Ich bin alleine sorgeberechtigt oder

Es besteht gemeinsames Sorgerecht

Datum: _____

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
---------------	--------------	---------	--------

1. _____

2. _____

1. _____

Unterschrift

2. _____

Unterschrift