praxiswelker

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind für eine Behandlung oder Vorstellung in unserer Praxis anmelden.
Hierfür benötigen wir vor dem Erstgespräch die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten,
das heißt in der Regel beider Eltern. Auch wenn die Eltern getrennt sind, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben, ist das Einverständnis beider Elternteile notwendig.

Bitte ausfüllen und zutreffendes ankreuzen:

Kind Name und Vorname — Geboren am — ♂ m ♀ w

Mutter Name und Vorname — Geboren am

Vater Name und Vorname — Geboren am

Sorgeberechtigt: ☐ Beide Eltern ☐ Nur Mutter ☐ Nur Vater ☐ Andere / Name und Vorname

Einverständniserklärung

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die geplante Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Ich bestätige darüber hinaus, dass **zur Zeit** keine parallele Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz oder einem SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) oder einer vergleichbaren Institution (z. B. Kinderneurologisches Zentrum/Gustav-Heinemann-Haus) oder in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt. Sollte der Fall einer parallelen Behandlung eintreten, werde ich die Praxis Welker hierüber informieren.

Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 1	Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 2

Honorarausfallvereinbarung

Bei vorhersehbarer Terminabsage Ihrerseits bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung spätestens 24 Stunden vorher. Falls der vereinbarte Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt wird, erheben wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 35,00 Euro. Dieses ist vor dem nächsten Termin zu entrichten. Eine rechtzeitige Terminabsage ist tagsüber zu den Öffnungszeiten des Sekretariats telefonisch möglich. Darüber hinaus können Sie Terminabsagen jederzeit per E-Mail, Fax oder unter der eigens dafür eingerichteten Sprachbox 0228 53 66 41 11 (Anrufbeantworter) mitteilen.

Mit dieser Regelung erkläre ich mich / erklären wir uns einverstanden:

Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 1	Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 2

Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie · Beueler Bahnhofsplatz 16 · 53225 Bonn-Beuel
Empfang 0228 53 66 41 00 · **Sprachbox** 0228 53 66 41 11 · **Fax** 0228 53 66 41 23 · **E-Mail** post@praxiswelker.de