

**1) Behandlungsvereinbarung / Terminreservierung und –absage / Versicherungsnachweis**

Als Sorgeberechtigte des Kindes ..... geboren am .....  
..... erkläre ich mich / erklären wir uns zur verbindlichen Einhaltung der vereinbarten Termine in der Praxis Dr. med. Walter Wolf bereit.

Ich bin / Wir sind darüber informiert, dass die vereinbarten Termine für mich und mein / uns und unser Kind exklusiv reserviert wurden. Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns, Termine rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) abzusagen. Bei Nichteinhaltung dieser Termine entsteht eine Ausfallgebühr in Höhe von **35,00 EUR**. Folgetermine werden für andere Patienten freigegeben.

Ich bin / Wir sind ebenso darüber informiert, dass ärztlich und therapeutisch erbrachte Leistungen privat in Rechnung gestellt werden, sofern keine gültige Versicherungskarte im Behandlungsquartal vorliegt.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**2) Persönliche Daten der leiblichen Eltern / Sorgeberechtigten**

	Name	Vorname	Adresse	Telefonnummer	berufliche Tätigkeit
Mutter					
Vater					
E-Mail					

Leben die leiblichen Eltern zusammen? O ja O nein

Wann war die Trennung / Scheidung? ..... Wer hat das Sorgerecht .....

**3) Einverständnis in die Behandlung**

- ☐ Ich und der sorgeberechtigte Elternteil des o. g. Kindes bin / ist mit der Vorstellung in der Praxis Dr. med. Walter Wolf zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. Behandlung einverstanden.
- ☐ Ich bin alleine sorgeberechtigt und mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. Behandlung einverstanden.

Datum .....

Unterschrift .....

#### **4) Ausschluss von Parallelbehandlungen**

Das o. g. Kind befindet sich NICHT in einem anderen Behandlungssetting eines SPZ (Sozialpädiatrischen Zentrums), einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder der Institutsambulanz einer Klinik.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

---

#### **5) Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich / entbinden wir Herrn Dr. med. Walter Wolf und sein Team gegenüber folgender Personen in den jeweiligen Institutionen von der ärztlichen Schweigepflicht: Ich bin / Wir sind mit dem gegenseitigen telefonischen und postalischen Austausch von behandlungsrelevanten Befunden und Informationen mit den genannten Personen einverstanden.

.....

.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

#### **6) Befundbericht**

Ich bin / Wir sind einverstanden, dass der Kinderarzt / der überweisende Arzt nach Abschluss der Diagnostik einen Befundbericht erhält.

Name des Kinderarztes

➔➔➔➔➔➔

.....

☐ ja

☐ nein

.....  
Unterschrift

#### **7) Patientenfoto**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass für die Patientenakte ein Foto meines / unseres Kindes gespeichert wird. Das Foto wird ausschließlich zu praxisinternen Zwecken der Patientenidentifizierung verwendet. Die Daten werden vertraulich und unter der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes behandelt.

☐ ja

☐ nein

.....  
Unterschrift