

### **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 / Sorgeberechtigen**

	Name	Vorname	Adresse	Telefonnummer	berufliche Tätigkeit
Mutter					
Vater					
E-Mail					

Leben die leiblichen Eltern zusammen?

ja       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.

.....  
.....

.....

.....

#### **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