



Behandlungsvertrag für

Name, Vorname (des Patienten)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Hiermit erklären sich die Sorgeberechtigten - bzw. bei Volljährigkeit der Patient selbst - mit der Durchführung einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung in o.g. Praxis einverstanden.

Die/der Patient/in, ihre/seine Sorgeberechtigten verpflichtet/verpflichten sich, **bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen**. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb der vorgenannten Frist, wird dem/der Patient/in, bzw. seinen/ihren Sorgeberechtigten **je ausgefallener Stunde 40 Euro** in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat/haben der/die Patient/in oder seine/ihre Sorgeberechtigten unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt. Grundlage: §615 BGB.

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. Private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2 SGB V) schuldet der/die Patient(in) bzw. seine/ihre Sorgeberechtigten das Honorar persönlich in voller Höhe gemäß Rechnungsstellung durch den Arzt.

Hiermit versichern/e wir/ich, dass zur Zeit der Behandlung in o.g. Praxis **keine** zusätzliche ambulante Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung in Anspruch genommen wird. Sollte sich das im Verlauf der Behandlung ändern, werde/n wir/ich dies unverzüglich mitteilen.

Ich/wir habe/n die Regelungen zu Terminabsagen und Vermeidung von Mehrfachbehandlungen zur Kenntnis genommen und verpflichte/n mich/uns diese einzuhalten. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

(Bei Volljährigkeit Unterschrift des Patienten)

Bitte wenden ->



Patienteneinwilligung nach Datenschutzrichtlinie zur Praxisorganisation und zum Behandlungsverhältnis

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE ZUR PRAXISORGANISATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient bzw. Sorgeberechtigte,
in der Ihnen bekannten ‚Patienteninformation zum Datenschutz‘ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit erkläre ich, hiermit erklären wir, dass ich/wir damit einverstanden bin/sind, dass Drs. Han/Zehle, meine/unsere Daten für einen Erinnerungsservice per Post, Telefon (SMS), Fax oder für Zusendung von Informationsschreiben per Post, Telefon oder Fax und/oder für die Nutzung einer Videosprechstunde verwenden dürfen.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir diese Einwilligung gegenüber Drs. Han/Zehle nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann/können; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE IM BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

In unserer ‚Patienteninformation zum Datenschutz‘ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zum Zwecke der Behandlungsdokumentation, zur Abwicklung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. Arzt, Krankenhaus, Schule, Labor, Ämter) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief) bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung erteilen Sie uns im Formular ‚Schweigepflichtsentbindung‘ und in dieser Erklärung: Hiermit erkläre ich, hiermit erklären wir, dass ich/wir damit einverstanden bin/sind, dass Drs. Han/Zehle, meine/unsere **Daten, wie gesetzlich vorgesehen, weitergeben dürfen**. Mir/uns ist bekannt, dass diese Einwilligung gegenüber Drs. Han/Zehle nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen werden kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweiterhaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten
(Bei Volljährigkeit Unterschrift des Patienten)