



Behandlungsvertrag / Einverständniserklärung

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Sie wünschen eine Behandlung in unserer sozialpsychiatrischen Praxis Dr.-medic Bogdan Gauca. Hierzu benötigen wir die Einwilligung beider Eltern bzw. aller Sorgeberechtigter. **Auch dann, wenn Sie getrennt leben und das gemeinsame Sorgerecht ausüben.**

Name, Vorname Kind

Geburtsdatum

Sorgeberechtigt ist / sind (bitte ankreuzen):

Beide Eltern Nur Mutter Nur Vater Andere Person

Ich wurde darüber informiert, dass eine Behandlung in der Praxis **die Einwilligung aller Sorgeberechtigten** erfordert. Sollte das Einverständnis anderer Sorgeberechtigter noch fehlen, werde ich diese umgehend kontaktieren, über die Vorstellung des Kindes in der Praxis informieren und eine Einwilligung einholen. Sollte dies nicht gelingen, informiere ich die Praxis und bespreche das weitere Vorgehen.

Ich versichere, dass unser Kind derzeit **nicht parallel in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis**, einer Institutsambulanz, einem SPZ oder ähnlichen Einrichtungen behandelt wird. Ich werde die Praxis ggf. umgehend informieren.

Hiermit erkläre ich mich mit der Behandlung meines Kindes in der Praxis von Dr.-medic Bogdan Gauca einverstanden. Ich erlaube ausdrücklich, dass die angestellten Ärzte und Therapeuten die Behandlungsdaten meines Kindes einsehen dürfen.

Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO): Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, die Datenschutzbestimmungen gelesen zu haben und mit der Verarbeitung und Weitergabe Ihrer Daten einverstanden zu sein. Die Datenschutzbestimmungen liegen in der Praxis.

Ausfallentschädigung: Sollten Sie aus irgendeinem Grund einen mit uns vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir um **rechtzeitige Absage (24 Stunde vorher) per Fax, Mail, Post oder Telefon**. Da wir eine **reine Terminpraxis** sind, können wir kurzfristig abgesagte Termine nicht wieder belegen und müssen Ihnen diese (**gem. GOÄ mit 50 €**) in Rechnung stellen. Alle weiteren vereinbarten Termine werden somit gestrichen.

Sollte Ihr Kind erkrankt sein, bitten wir Sie uns ein ärztliches Attest vorzulegen, somit wäre die Rechnung dann hinfällig.

Bitte beachten Sie, dass das Schreiben von **fachärztlichen Stellungnahmen** (50 €) für die Schule bzw. **Gutachten** (100 €) (z.B. bei Therapien, HPT, **Schulbegleiter** etc.) im Gegensatz zu den Untersuchungskosten **keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen** ist.

Privatversicherte sollten bitte beachten, dass die Leistungserstattung bei bestimmten psychiatrischen/psychotherapeutischen Fragenstellungen je nach Vertragsbedingungen eingeschränkt sein kann.

Wenn die Eltern zusammen leben, benötigen wir nur eine Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Ort, Datum

Unterschrift Vater