

## Behandlungsvertrag

Zwischen:

---

Name/Vorname (Patient/-in)

---

geb. am

wohnhaft in (Straße, Nr.)

---

PLZ/Ort

und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis Salzgitter Lebenstedt.

wird nachfolgender Behandlungsvertrag abgeschlossen:

### § 1 Vertragsgegenstand:

Der/die Patient/in nimmt in dieser Praxis eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in Anspruch. Er ist darüber aufgeklärt, dass er pünktlich zum Behandlungstermin erscheint und bei Verhinderung den Termin mindestens 24 Stunden vorher absagt.

### § 2 Ausfallhonorar:

Bei nicht in Anspruch genommenen, fest vereinbarten Behandlungsterminen, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, bitten wir um ein Attest vom Kinder- oder Hausarzt innerhalb von 3 Werktagen. Andernfalls fällt ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 € an. Sollte eine Gruppentherapiesitzung nicht wahrgenommen werden, fällt ein Ausfallhonorar von 25 € an. Werden trotz Krankheit Termine Ihrerseits wahrgenommen, behalten wir uns vor, die Patienten wieder nach Hause zu schicken, um eine Ansteckung zu vermeiden.

Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in /  
Sorgeberechtigten

Unterschrift Arzt/  
Therapeut/in

---

Dateiname: 1.1.3 (1), 2.1.1 (2) Behandlungsvertrag.doc (01.1)  
erstellt: Veronika Rindermann  
geprüft und freigegeben: Herr Dr. med. Semmelhaack, Herr Al Haffar

Seite: 1 von 1  
am: 08.02.2013  
am: 08.02.2013  
geändert am: 20.02.2017