

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 70 € an. Sollte eine Gruppentherapiesitzung nicht wahrgenommen werden, fällt ein Ausfallhonorar von 35 € 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: 09.12.2024