

Patientenname:

geb. am

Sorgeberechtigt:

Beide Eltern (gem. Haushalt) Namen:

Tel.:

Beide Eltern (getrennt lebend) Namen:

Tel.:

Mutter alleinig Name:

Tel.:

Vater alleinig Name:

Tel.:

Vormund Name:

Tel.:

Für dringende Fälle kann auch eine zusätzliche Mobil- oder Arbeitsnummer hilfreich sein.

Mobilnummer des Patienten (soweit vorhanden):

Behandlungszustimmung

Mir/uns ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/die Unterzeichner/in versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten über die Behandlung in der Praxis Dr. Just informiert wurden und damit einverstanden sind.

Datum, Unterschrift einer/s Sorgeberechtigten

Unterschrift der/s 2. Sorgeberechtigten (bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht immer erforderlich!)

Bereitstellungsgebühr bei nicht wahrgenommenen Terminen

Für eine fachgerechte Behandlung und Diagnostik in unserer Praxis vereinbaren wir ggf. mehrere stündliche Termine speziell für Ihr Kind. Nicht wahrgenommene Termine werden nicht von Ihrer Krankenkasse getragen. Bitte sagen Sie einen Termin, den die Sie nicht wahrnehmen können, so früh wie möglich ab, damit wir diesen Termin anderweitig vergeben können. **Nicht mindestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagte Termine stellen wir privat in Rechnung mit dem einfachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):**

GOÄ-Ziffer 886 – psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen: **40,80 €**

GOÄ-Ziffer 886 – psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und Jugendlichen: **11,66 €**

Im Krankheitsfall wird ein Attest benötigt und eine frühzeitige Absage.

Ich/Wir stimmen der Bereitstellungsgebühr bei nicht wahrgenommenen Terminen wie oben aufgeführt zu.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Erklärung zu Parallelbehandlungen

Die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gestatteten keine zeitgleiche Behandlung in unserer Praxis und einer weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, KJP-Institutsambulanz oder einem Sozialpädiatrischen Zentrum.

Ich/Wir versichere/n, dass keine zusätzliche Behandlung unseres Kindes in einer der o. g. Einrichtungen erfolgt. Falls sich dies ändert, werden wir Dr. Just umgehend informieren.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Widerrufshinweis: Alle oben unterschriebenen Erklärungen der Sorgeberechtigten können jederzeit einzeln oder in ihrer Gesamtheit widerrufen werden!

Sehr geehrte Eltern,

um Ihrem Kind möglichst gut helfen zu können, kann es notwendig werden, mit Therapeut:innen, Ärzt:innen und anderen im Leben Ihres Kindes wichtigen Personen zu sprechen. Daher möchten wir Sie bitten, uns gegenüber anderen Behandler:innen von der Schweigepflicht zu entbinden.

Ein Austausch erfolgt nicht regelhaft, sondern nur soweit dies die Behandlung Ihres Kindes erfordert.

Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie für jede Person eine eigene Schweigepflichtentbindung wünschen.

Schweigepflichtentbindung

Ich/Wir erkläre/n uns einverstanden, dass die Daten meines/unseres Kindes _____, **geb. am** _____, praxisintern allen Mitarbeiter:innen der Praxis offengelegt werden, sofern dies für die Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter:innen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine schriftliche Verschwiegenheitserklärung abgeben.

Ich/Wir entbinde/n Herrn Dr. Just sowie die Mitarbeiter:innen der Praxis von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

- Bitte zutreffendes ankreuzen und Namen und Telefonnummern angeben -

Vor- und weiterbehandelnde Ärzt:innen (Name)	(Tel.)
Psychotherapeut:innen (Name)	(Tel.)
Ergotherapeut:innen/Logopäd:innen (Name)	(Tel.)
Lehrer:innen (Name)	(Tel.)
Erzieher:innen/Familienhelfer:innen (Name)	(Tel.)
Wohngruppen-Mitarbeiter:innen (Name)	(Tel.)
Mitarbeiter:innen des Kommunalen Sozialdienstes, bzw. des Jugendamts (Name)	(Tel.)

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt ebenso für die aufgeführten Personen gegenüber Dr. Just und seine/n Mitarbeiter*innen.

Datum, Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

Versand von Behandlungsberichten

o Ich/wir wünsche/n einen (kostenfreien) Behandlungsbericht an folgende Ärzt:innen /Institutionen:
(Bezeichnung, Name, Anschrift, Telefon)

o Ich/Wir wünsche/n **keinen** Behandlungsbericht an die/den Haus-/Kinderärzt:innen gesandt wird.

Datum, Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

Widerrufshinweis: alle oben unterschrieben Erklärungen der Sorgeberechtigten können jederzeit Einzel oder Gesamt widerrufen werden!