**Behandlungsvertrag**

**Patient\*innenname:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Liebe Patient\*innen, liebe Sorgeberechtigte,

Sie haben sich für eine Vorstellung in unserer Praxis entschieden, um gemeinsam zu versuchen anstehende Herausforderungen zu verstehen und gegebenenfalls neue Möglichkeitsräume zu schaffen. Für die Behandlung in unserer Praxis benötigen wir das schriftliche Einverständnis der/des Patient\*in sowie **aller** sorgeberechtigten Personen.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift des/der Patient\*in**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift einer sorgeberechtigten Person**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift einer weiteren sorgeberechtigten Person**

**Terminabsage / Ausfallhonorar**

In unserer Praxis arbeiten wir mit einem verbindlichen Terminvereinbarungssystem. Für jede Patientin und jeden Patienten nehmen wir uns viel Zeit. Diese Termine sind individuell und ausschließlich für Ihr Kind reserviert. Bitte sagen Sie vereinbarte Termine spätestens 48 Stunden vorher ab, wenn Sie diese nicht wahrnehmen können. So ermöglichen Sie uns, den Termin einem anderen Kind bzw. Jugendlichen zur Verfügung zu stellen. Bei kurzfristiger Absage (weniger als 48 Stunden vorher) oder unentschuldigtem Nichterscheinen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von **80 €** zu berechnen.

Zur Information: Dieses Ausfallhonorar wird privat in Rechnung gestellt, da gesetzliche und private Krankenkassen solche Kosten nicht übernehmen.

Wir danken für Ihr Verständnis – und Ihre Mithilfe, unsere Praxisabläufe zum Wohl aller Familien verlässlich zu gestalten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit der Ausfallhonorarregelung einverstanden sind und eventuelle Zahlungen leisten werden.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift des/der Patient\*in und der Erziehungsberechtigten**

**Datenschutz**

Mir/Uns ist bekannt, dass die Praxis Boldt im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen zur Speicherung der persönlichen und gesundheitlichen Daten der Patienten verpflichtet ist. Die zugrundeliegenden Datenschutzbestimmungen werden unsererseits eingehalten und können auf der Homepage unter www.kjpp-dormagen.de eingesehen werden. Mit Anmeldung meines Kindes stimme ich der Datenverarbeitung in der o.g. Form zu. Zudem stimmen wir folgenden Kommunikationswegen zu:

E-Mail  Telefon  Brief  WhatsApp