

Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten

Ich/wir bin/sind mit der kinder- bzw. jugendpsychiatrischen Untersuchung/Behandlung einverstanden.

Datum

* sorgeberechtigte Mutter

Datum

* sorgeberechtigter Vater

Ich/wir erklären hiermit, dass unser Kind sich in diesem Quartal **nicht**

- in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis
- in einer Institutsambulanz eines Krankenhauses
- in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)

in Behandlung befindet. Änderungen der Mitbehandlung werde/n ich/wir umgehend mitteilen.

Datum

* Unterschrift

24-Stunden-Regelung

Absagen, die nicht mindestens **24 Stunden** vor dem Untersuchungs- und Behandlungstermin erfolgen, werden Ihnen **privat von 10,- bis 50,- € in Rechnung gestellt**, je nach Test/Testdauer oder Behandlungsart! (Kostenerstattungsanspruch, gem. §§304 und 683 BGB)

Dies bezieht sich nicht auf die Termine bei Dr. Buchmann.

Bitte weisen Sie eine akute Erkrankung Ihres Kindes durch ein ärztliches Attest nach.

Zur Kenntnis genommen:

Datum

* Unterschrift

* wenn keine elektronischen Signaturen vorhanden sind, bitte ausdrucken, unterschreiben und faxen: 030 82707904

Absenden