

## Behandlungsvertrag

für Kind (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

1. Hiermit bestätige ich, dass ich das ...

**alleinige Sorgerecht habe.**

**gemeinsame Sorgerecht bei getrenntlebenden Eltern habe.**

von Praxis auszufüllen

Negativbescheinigung liegt vor \_\_\_\_\_

Vollmacht liegt vor \_\_\_\_\_

Bei gemeinsamer elterlicher Sorge werde ich unverzüglich das andere Elternteil darüber informieren, dass mein Kind in der Praxis von Franziska Both und Team behandelt wird.

2. Mir ist bekannt, dass die Termine extra für mich mit einem klaren Zeitbudget und spezieller Vorbereitung reserviert werden und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 24 Stunden vor dem Termin - absage, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen.

Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass die Kosten in Höhe von 40€ (gemäß §615 BGB) für die im Termin vereinbarte Behandlung erhoben werden. Dies gilt nicht, bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Bei Erkrankung meines Kindes lege ich einen Krankenschein vor.

3. Hiermit versichere ich, dass mein Kind in keiner anderen Institution mit SPV in Behandlung ist (z.B. Institutsambulanzen, SPZ oder andere kinder- und jugendpsychiatrische Arztpraxen) bzw. die Behandlung dort spätestens im letzten Quartal beendet wurde.

Es ist notwendig, bei einer Veränderung der ärztlichen Behandler oder Behandlungseinrichtung unsere Praxis umgehend, formlos und schriftlich darüber zu informieren.

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter