

**BEHANDLUNGSVERTRAG  
WICHTIGE PRAXISINFORMATION**

**über die gesamte Diagnostik- und Behandlungszeit in meiner sozialpsychiatrischen Praxis**

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

Sie stellen Ihre Tochter / Ihren Sohn \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

erstmalig in meiner fachärztlichen Praxis vor.

Um Ihrem Wunsch zu entsprechen, benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel beider Eltern (dies ist auch dann nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben).

	Name	Geburtsdatum	Kontakt
Mutter			Festnetz Handy Mail
Vater			Festnetz Handy Mail
Sonstige Sorgeberechtigte Personen			Festnetz Handy Mail

Das Sorgerecht wird ausgeübt von (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Beiden Eltern
- Nur von der Mutter
- Nur vom Vater
- Andere:

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der KJP Praxis Trier die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

**Ablauf:**

In der Regel werden **nach dem diagnostischen Ersttermin noch weitere diagnostisch-therapeutische Termine notwendig** werden. Diese dienen zunächst dem Kennenlernen und der Untersuchung Ihres Kindes oder Jugendlichen, ggf. auch Ihrer Familie.

Da wir eine sozialpsychiatrische Praxis sind, werden therapeutische Mitarbeiter unter fachärztlicher Aufsicht mit Ihnen und Ihrem Kind in Kontakt treten.

Die nach dem Erstgespräch weiter vereinbarten Termine gelten sowohl seitens der Praxis wie auch seitens der Patientenfamilien als verbindlich.

Falls Sie einen Termin aus gewichtigen Gründen jedoch einmal **nicht einhalten** können, so bitten wir, den vereinbarten Termin zeitgerecht (mindestens 24 Stunden zuvor) über unseren Empfang per Mail, telefonisch oder persönlich abzusagen.

Sollte die Absage nicht erfolgen, bitten wir um Ihr Verständnis, dass wir Ihnen den nur für Sie oder Ihre Tochter/ihren Sohn reservierten Termin mit einer **Ausfallpauschale von 30,00 €** in Rechnung stellen werden. Diese Ausfallpauschale ist seitens Ihrer Krankenkasse nicht erstattungsfähig und somit von Ihnen selbst zu tragen!

Durch Ihre Absage ermöglichen Sie so anderen Kindern, Jugendlichen oder Familien, einen dringend gewünschten und erforderlichen Termin frühzeitiger zu erhalten.

Auch weisen wir jetzt bereits darauf hin, dass die **weiteren Diagnostiktermine in der Regel vormittags** vereinbart werden, da die Nachmittagstermine in unserer Praxis für laufende Therapien und Behandlungen reserviert sind, damit die betreffenden Kinder oder Jugendlichen nicht zu häufig in der Schule fehlen müssen.

Zudem sind gewisse Entwicklungsuntersuchungen auch nur vormittags fachlich aussagekräftig durchzuführen.

Außerdem möchten wir betonen, dass wir Ihr Kind nur dann zur Diagnostik oder Therapie in Empfang nehmen können, wenn uns eine für das **jeweilige Quartal gültige Überweisung oder die Versichertenkarte** Ihres Kindes vorliegt.

Sollte uns diese „Eintrittskarte“ nicht bis spätestens zum zweiten vereinbarten Termin eines Quartals vorgelegt werden, so haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir Ihr Kind an diesem Termin nicht untersuchen oder behandeln können.

Sollte uns die Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Quartal nicht vorgelegt worden sein, so werden wir Ihnen die entsprechenden Kosten gemäß der Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung RLP privat in Rechnung stellen müssen; die Rechnungsstellung erfolgt dann als Privatrechnung gemäß der aktuellen ärztlichen Gebührenordnung GOÄ.

Wir möchten Sie zudem darüber informieren, dass unter bestimmten Umständen auch in einem neuen Quartal **in Absprache mit Ihnen** von uns noch Leistungen für Ihr Kind, ihre/n Jugendliche/n oder Mündel erbracht werden, ohne dass es möglicherweise zu einem persönlichen Kontakt innerhalb unserer Praxis gekommen ist. Diese Leistungen beziehen sich erfahrungsgemäß häufig auf weitere Absprachen oder einen Austausch mit anderen Institutionen, Schulen, Kindergärten, etc..

Wir weisen Sie freundlich darauf hin, dass wir auch für diese indirekten Leistungen für die Patientin/den Patienten zwingend die **Versicherungskarte** benötigen, welche wir bei Erbringung oben genannter Leistungen von Ihnen ggfs. nochmals anfordern müssen.

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Frage:

Befindet sich Ihr Kind derzeit in einer anderen **sozial-psychiatrischen Praxis, in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz oder in einem sozial-pädiatrischen Zentrum (SPZ)** zur Diagnostik oder Therapie?

ja  nein

Falls ja, wo:

---

Die oben gestellte Frage ist von besonderem Interesse, da die gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Behandlungen der Sozialpsychiatrie nicht überlappend bezahlen.

**Einverständniserklärung:**

Ich bin / Wir sind darüber informiert worden und damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Kathrin Deckers bei nicht erfolgter Absage reservierter Behandlungstermine für meine Tochter / meinen Sohn mir/uns eine Ausfallpauschale von 30,00 € in Rechnung stellen. Ich bin weiterhin darüber informiert, dass diese Pauschale von meiner gesetzlichen/privaten Krankenversicherung nicht erstattet werden kann.

Zudem wurde(n) ich/wir schriftlich in Kenntnis gesetzt, dass bei Nicht-Vorlage der gesetzlichen Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Quartal die Abrechnung über die Erstellung einer Privatrechnung nach GOÄ erfolgt.

Weiterhin wurde ich/wir darüber aufgeklärt, dass bei der Erbringung auch von indirekten Leistungen in einem neuen Quartal für die Patientin/den Patienten die Versichertenkarte vorgelegt werden muss.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin nur mit Wirkung auf die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben/Vorgänge/Abmachungen bleiben dadurch rechtmäßig.

Falls Sie noch Fragen haben, so nehmen Sie gerne Kontakt zu uns auf.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem Kind!

Kathrin Deckers & Team

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Sorgeberechtigte