

## Behandlungsvereinbarung

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte, liebe junge Erwachsene,

Sie haben sich für die Behandlung von

.....  
Name, Vorname des zu behandelnden Kindes bzw. der/des Jugendlichen, jungen Erwachsenen      Geburtsdatum

.....  
Adresse u. Telefonnummer

im Kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Zentrum Düsseldorf **kipz**<sup>®</sup> entschieden.

Das Erstgespräch wird individuell für Sie geplant. Deshalb bitten wir Sie, Ihren **persönlichen Ersttermin bis spätestens 1 Woche vorher telefonisch, per Fax oder per E-Mail zu bestätigen**, sowie die **Behandlungsvereinbarung und Schweigepflichtsentbindung ausgefüllt und unterschrieben einzureichen**. Da wir Ihren Termin für Sie freihalten, behalten wir uns vor, nicht bestätigte Termine anderweitig zu vergeben.

Wenn Sie Fragen haben, steht Ihnen die Rezeption des **kipz**<sup>®</sup> gerne zur Verfügung.

### Angaben zu den Sorgeberechtigten

.....  
Name u. Vorname der sorgeberechtigten Mutter

.....  
Geburtsdatum der Mutter

.....  
Adresse u. Telefonnummer

.....  
Name und Vorname des sorgeberechtigten Vaters

.....  
Geburtsdatum des Vaters

.....  
Adresse u. Telefonnummer

.....  
Name u. Vorname anderer Sorgeberechtigter

.....  
Funktion (Vormund/in, Ergänzungspfleger/in, Betreuer/in)

.....  
Adresse u. Telefonnummer

bezüglich .....  
Name, Vorname des zu behandelnden Kindes bzw. der/des Jugendlichen, jungen Erwachsenen

### Einverständnis aller Sorgeberechtigten

Für eine Behandlung wird das **Einverständnis aller Sorgeberechtigten** benötigt, insbesondere auch von getrenntlebenden sorgeberechtigten Eltern.

Sollte das Einverständnis anderer Sorgeberechtigter noch fehlen, werde ich diese umgehend kontaktieren, über die Vorstellung des Kindes im **kipz**<sup>®</sup> informieren und eine schriftliche Einwilligung einholen.

### Aufsichtspflicht

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass die Mitarbeiter im **kipz**<sup>®</sup> keine Aufsichtspflichten außerhalb der Diagnostik- und Therapiezeiten wahrnehmen. Daher trage ich die Aufsichtspflicht für mein Kind vor und nach der Behandlungszeit. Kinder bis zu einem Alter von 12 Jahren müssen in die Räumlichkeiten begleitet sowie pünktlich wieder abgeholt werden. Jugendliche zwischen 12-14 Jahren benötigen eine schriftliche Erlaubnis der Sorgeberechtigten, den Weg in das **kipz**<sup>®</sup> und nach Hause alleine zurücklegen zu dürfen. Ab 14 Jahren tragen die Jugendlichen selbst die Verantwortung.

### Terminausfallhonorar

Wenn absehbar ist, dass ein **Termin** nicht eingehalten werden kann, muss ich diesen **bis spätestens 2 Werktage (48 Stunden) vorher telefonisch, per Fax oder E-Mail absagen**, damit noch die Möglichkeit besteht, dass das **kipz**<sup>®</sup> anderen Patienten diesen Termin anbieten kann. Erfolgt die **Terminabsage nicht rechtzeitig**, wird mir ein **Terminausfallhonorar** in Anlehnung an die ärztliche Gebührenordnung (GOÄ) in Rechnung gestellt, welches ich **unabhängig von der Art der Versicherung selbst zahlen** muss, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Das Ausfallhonorar beträgt für ein nicht rechtzeitig abgesagtes a) Arztgespräch mit Sorgeberechtigten/Eltern bzw. Kind 44 € und b) Arztgespräch mit Sorgeberechtigten/Eltern und Kind 65 €. Mir wird für einen nicht rechtzeitig abgesagten c) Diagnostiktermin mit Kind 30 €, d) Diagnostiktermin mit Sorgeberechtigten und Kind 44 € und e) Termin zur körperlich-neurologischen Untersuchung/Blutabnahme 23 € und f) sensomotorische Übungsbehandlung 28 € in Rechnung gestellt. Das Ausfallhonorar beträgt für eine nicht rechtzeitig abgesagte Psychotherapeutische Sprechstunde 63 €.

bezüglich .....  
Name, Vorname des zu behandelnden Kindes bzw. der/des Jugendlichen, jungen Erwachsenen

Ich versichere, dass mein Kind derzeit nicht gleichzeitig in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, einer Institutsambulanz eines Krankenhauses, einem Sozialpsychiatrischen Zentrum oder in einer ähnlichen Einrichtung behandelt wird bzw. angemeldet ist.

Des Weiteren ist mir bekannt, dass die Versichertenkarte des zu Behandelnden bei der Erstvorstellung und während der Behandlung und Therapie immer zu Beginn des Quartals (Januar/April/Juli/Oktober) im **kipz**<sup>®</sup> vorliegen muss. Bei Nichtvorlage der Versichertenkarte können mir die Behandlungskosten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden.

Ich habe die Behandlungsvereinbarung ausführlich gelesen und stimme hiermit einer Behandlung im **kipz**<sup>®</sup> zu. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend Zeit hatte, diese Behandlungsvereinbarung zu lesen und Fragen zu stellen, ebenso, dass der Inhalt für mich verständlich ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

.....  
Ort, Datum

.....  
Name u. Unterschrift z.B. Vormund/in, Ergänzungspfleger/in, Betreuer

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des zu behandelnden Jugendlichen, jungen Erwachsenen ab 14 Jahren

## Schweigepflichtsentbindung

bezüglich .....

Name, Vorname des zu behandelnden Kindes bzw. der/des Jugendlichen, jungen Erwachsenen

Ich erlaube ausdrücklich, dass die angestellten Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter im **kipz<sup>®</sup>** die Behandlungsdaten der/des zu Behandelnden einsehen dürfen. Ich entbinde zudem, bis auf Widerruf, zum gegenseitigen Austausch von behandlungsrelevanten Informationen, namentlich

.....  
Vorname, Name

der Schweigepflicht gegenüber

Klassenlehrer/in .....

Name, Adresse der Schule, Telefonnummer

Jugendamt .....

Stadt, Ansprechpartner (Fallführung), Adresse, Telefonnummer

Kinder-/Hausarzt .....

Adresse, Telefonnummer

Therapeut/in .....

Ansprechpartner, Adresse, Telefonnummer

Andere (z.B. Klinik) .....

Name der Institution, Ansprechpartner, Adresse, Telefonnummer

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

.....  
Ort, Datum

.....  
Name u. Unterschrift z.B. Vormund/in, Ergänzungspfleger/in, Betreuer/in

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des zu behandelnden Jugendlichen, jungen Erwachsenen ab 14 Jahren