



Dr. med. Angela Klinger und Michel Wolter  
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Finanzstr. 16 – 46145 Oberhausen  
Tel: 0208 – 63 51 838 Fax: 0208 – 63 51 837 E-Mail: praxis@kjp.ruhr

## Einverständniserklärung

für

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden in der o.g. Praxis Termine zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung wahrzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich fotografiert werde. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Lichtbild **ausschließlich praxisintern** verwendet wird.

Ich versichere, dass ich nicht zeitgleich in einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis oder psychiatrischen Institutsambulanz behandelt werde.

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, werden spätestens **2 Werktage** im voraus, bzw. bei Krankheit am Tag des Termins **vor dem geplanten Terminbeginn** abgesagt.  
Sollte ich einen Termin ohne rechtzeitig abzusagen nicht wahrnehmen, so erkläre ich mich damit einverstanden, dass ein Ausfallhonorar in Höhe von **40 €** (Gruppentherapie Termine **20 €**) fällig wird. Weder die private, noch die gesetzliche Krankenversicherung übernehmen dieses Ausfallhonorar.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift