



Dr. med. Angela Klinger und Michel Wolter
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Essener Str. 66 – 46047 Oberhausen
Tel: 0208 – 63 51 838 Fax: 0208 – 63 51 837 E-Mail: praxis@kjp.ruhr

Einverständniserklärung

für

Name des Kindes

Vorname

Geburtsdatum

Mein Kind darf in der o.g. Praxis Termine zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung wahrnehmen.

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

Ich versichere, dass mein Kind nicht zeitgleich in einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis oder psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wird.

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, werden spätestens **2 Werktage** im voraus, bzw. bei Krankheit am Tag des Termins **vor dem geplanten Terminbeginn** abgesagt.

Sollten wir oder unser Kind einen Termin ohne rechtzeitig abzusagen nicht wahrnehmen, so erklären wir uns damit einverstanden, dass ein Ausfallhonorar in Höhe von **40 €** (Gruppentherapietermine **20 €**) fällig wird. Weder die private, noch die gesetzliche Krankenversicherung übernehmen dieses Ausfallhonorar.

Ich versichere, dass ich zur Kenntnis genommen habe dass zur Erfüllung der Informationspflichten gemäß der DSGVO (Datenschutz) ein Aushang im Wartebereich aushängt und bei Bedarf die Mitarbeiter weiter Auskunft erteilen können.

Ort, Datum

Mutter

Vater

Sonstige sorgeberechtigte
Person