



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

Nachname 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, sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) oder psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wird.

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, müssen spätestens **2 Werktage** im Voraus, bzw. bei unvorhersehbaren Ereignissen (Krankheit, Unfall,...) **schnellstmöglich** abgesagt werden. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass ein Ausfallhonorar in Höhe von **40 €** (Gruppentermine **20 €**) fällig wird, falls ich einen Termin nicht rechtzeitig absage. Mir ist bewusst, dass es meine Pflicht ist im Zweifel nachzuweisen, dass der Terminausfall nicht in meiner Verantwortung lag (z.B. höhere Gewalt). Mir ist bewusst, dass die Kosten des Ausfallhonorars nicht von der privaten oder der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

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