



| | | |
|---|---|---|
|  | Dokumentenname: Patientenvereinbarung/Behandlungsvertrag | Check: Dokumentenversion: 2 Seite: 1 von 2 |
| | Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Dr. Ildikó Czeiner August-Mohl-Str. 38 95030 Hof/Saale |  |

Patientenvereinbarung

zwischen

Praxis Dr. Ildiko Czeiner
 Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 August-Mohl-Str. 38, 952030 Hof

sowie

Patient: _____ geb. am: _____

Erziehungsberechtigte/
 Sorgeberechtigte: _____ geb. am: _____

_____ geb. am: _____

1. **Der anwesende Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte informiert den nicht anwesenden Sorgeberechtigten über die Vorstellung des Patienten in der Praxis.**
2. Im Interesse unserer Patienten sowie eines geordneten Praxisablaufes ist es notwendig, dass ein vereinbarter Termin spätestens am Vortag abzusagen ist. Nur so kann eine Neuvergabe des Termins gewährleistet werden. Wenn Sie dies nicht einhalten, ist der Patient sowie der gesetzliche Vertreter verpflichtet, eine Bereitstellungsgebühr in Höhe von 45,00 € zu zahlen, bei einer Gruppentherapie 30,00 €.

Sie erklären sich hiermit einverstanden, dass die Privatliquidation des o. g. Arztes von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle PVO Losert GmbH Bayreuth durchgeführt wird. Hierzu entbinde ich den vorgenannten Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der PVO Losert GmbH. Die erforderlichen Krankenunterlagen dürfen ausschließlich zum Zwecke der Abwicklung der ärztlichen Privatliquidation meines Arztes verwendet werden.

Die Erstattungspflicht entfällt bei Eintritt einer plötzlichen Erkrankung innerhalb der vorbezeichneten Frist. Auf Verlangen ist diese nachzuweisen.

3. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass bei der Behandlung von Kindern die Aufsichtspflicht des/der Therapeuten/in nur für die Dauer der vereinbarten Behandlungszeit und nur in den Therapieräumen besteht, **NICHT** im Wartebereich.

Mit der vorbezeichneten Vereinbarung erkläre ich mich einverstanden.

Hof, den _____

 Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte(r)

| | | | |
|---------------------|--------------------|-----------------------|--|
| Datum: erstellt/von | Datum: geprüft/von | Datum Freigabe/von PL | Dokumentenpfad: |
| 23.05.2020 BC | 12.03.2021 Wo | 15.03.2021 / IC | USB-Stick: QMH /FB/ FB Patientenvereinbarung |