

	Dokumentenname: Patientenvereinbarung	Check: Dokumentenversion: 2 Seite: 1 von 1
	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: _____

Sorgeberechtigte: _____ geb. am: _____

_____ geb. am: _____

- 1. Der anwesende Sorgeberechtigte informiert den nicht anwesenden Sorgeberechtigten über die Vorstellung des Patienten in der Praxis.**
- 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 €.

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

- 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/Sorgeberechtigte

Datum: erstellt/von	Datum: geprüft/von	Datum Freigabe/von PL	Dokumentenpfad:
23.05.2020/BC	04.04.2023/SK	05.04.2023/IC	USB-Stick:\QMH /FB/ FB Patientenvereinbarung