



Einverständniserklärung

Liebe Eltern,

eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung ist keine alltägliche Angelegenheit. Damit wir Ihr Kind behandeln dürfen, **müssen alle sorgeberechtigten Personen einverstanden sein**. Deswegen benötigen wir die **untenstehende Einverständniserklärung**. Sonst ist die Behandlung leider nicht möglich.

Wir behandeln Patienten von 0 bis 18 Jahren im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung. Eine regelmäßige psychotherapeutische Behandlung ist in meiner Praxis leider nicht möglich.

Untersuchungen, die der Klärung gesundheitlicher Probleme dienen, werden von den Krankenkassen bezahlt. Eine zeitgleiche Behandlung in der Praxis und in einer Institutsambulanz, einem SPZ oder einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis wird von der Krankenkasse in der Regel nicht übernommen.

Untersuchungen für Gutachten und Atteste müssen vom Auftraggeber bezahlt werden. Wir erstellen nur Gutachten im Auftrag einer neutralen Behörde, z. B. des Jugendamtes oder des Gerichtes.

Das Erstgespräch und die darauf folgenden Test- und Untersuchungstermine werden i.d.R. **vormittags** durchgeführt.

Rezepte, Heilmittelverordnungen können nur bei Vorliegen der KVK auf Kosten Ihrer Krankenkasse verordnet werden. Sollte uns die Versichertenkarte nicht rechtzeitig vor Quartalsende vorliegen, müssen wir Ihnen die erbrachten Leistungen in Rechnung stellen. Die Rechnung erfolgt auf der Grundlage der GOÄ.

!!! WICHTIG !!!

Bitte unbedingt zum Erstgespräch mitbringen!

- Ich bin/Wir sind mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung von _____ geb. _____ in der Praxis Dr. V. Rückforth einverstanden.
 - Ich stimme zu, dass Bild- und Tonaufnahmen während der Termine gemacht und archiviert werden dürfen. Diese dienen ausschließlich der Verwendung in der Praxis.
 - Ihre Daten werden auf der Rechtsgrundlage des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet. Eine Patienteninformation zum Datenschutz können Sie an der Anmeldung einsehen.
- Ich bin alleine sorgeberechtigt. Wir haben das gemeinsame Sorgerecht.
 Alle Sorgeberechtigten sind einverstanden. Ich bin mit den o.g. Punkten einverstanden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Unterschrift

1. _____

2. _____