

Behandlungsvertrag



**Praxis
Zinkler**

Facharztpraxis für Kinder-
und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Ostwall 85 47798 Krefeld

Telefon 02151 65838 0
Telefax 02151 65838 18

praxis@zinkler-krefeld.de
www.zinkler-krefeld.de

Name des Kindes/Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin/Wir sind mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik
und Behandlung meines/unseres Kindes in der Praxis Zinkler einverstanden

Eine medikamentöse Behandlung erfordert in der Regel eine zusätzliche Zustimmung.

Ich bin alleine sorgeberechtigt. oder Es besteht gemeinsames Sorgerecht.

Bei gemeinsamem Sorgerecht muss das schriftliche Einverständnis beider Sorgeberechtigten
vor dem ersten Vorstellungstermin vorliegen!

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon	Unterschrift

Ausfallhonorar-Regelung:

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass für nicht wahrgenommene Termine ein
Ausfallhonorar von 40 Euro in Rechnung gestellt wird, wenn der Termin nicht 48 Stunden vorher
abgesagt wurde. Alle noch ausstehenden Termine werden dann aus dem Kalender der Praxis
gestrichen. Absagen können Sie persönlich, telefonisch, per Post, per Fax oder per Mail. Die
ausgefallenen Termine können nach Zahlung der Rechnung wieder neu vereinbart werden.

Für die Einhaltung der Termine des oben genannten Kindes/Jugendlichen ist zuständig:

Name, Vorname	Adresse	Telefon	Unterschrift