

Dr. med. Afrim Mulhaxha
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Altenbrucher Damm 15
47249 Duisburg

Tel.: 0203-488 00-100
Fax: 0203-488 00-101

info.praxis-mulhaxha@gzs-du.de
www.gzs-du.de

Behandlungsvertrag

zur Behandlung in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Dr. med. A. Mulhaxha

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind/mein Mündel (siehe unten), in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie Dr. med. A. Mulhaxha behandelt wird:

Nachname, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Anschrift des Hauptwohnsitzes des Kindes (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummern: **Festnetz und Mobil**, Email

Das Sorgerecht haben/hat (bitte Zutreffendes ankreuzen):

beide Eltern nur die Mutter nur der Vater

andere: Name, Vorname: _____ ggf. Amt: _____

Sorgeberechtigte/r:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon: Festnetz und Mobil, Email

Adresse falls abweichend (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Ausübung der gemeinsamen Sorge bei getrennt lebenden Eltern

Nach BGB §1687 heißt es: "Leben Eltern, denen die elterliche Sorge gemeinsam zusteht, nicht nur vorübergehend getrennt, sind bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist, ihr gegenseitiges Einvernehmen erforderlich". Eine Behandlung in einer Praxis für Kinder- & Jugendpsychiatrie zählt zu diesen Angelegenheiten. Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit der anderen sorgeberechtigten Person in Verbindung setzen, sie über das Erstgespräch informieren und die nötige Einwilligung einholen.

Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis sofort darüber informieren und das weitere Vorgehen abstimmen.

Ich/Wir versicher/n, dass mein/unser Kind derzeit nicht parallel in einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis, einer Institutsambulanz an einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einem SPZ oder ähnlichen Einrichtungen behandelt wird oder angemeldet ist. Sollte sich dies ändern werde/n ich/wir die Praxis ggf. umgehend informieren.

Bereits vereinbarte Termine sage ich telefonisch (Anrufbeantworter) oder per E-Mail ab. **Ich wurde darüber informiert, dass weniger als 48 Werktagsstunden vorher abgesagte Termine unabhängig vom Grund des Fernbleibens, privat mit 40 Euro in Rechnung gestellt werden.**

Atteste, die in Form von Wunschleistungen vom Patienten angefordert werden, dürfen nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Atteste sind gemäß §11 der vom 73. Deutschen Ärztetag beschlossenen Berufsordnung honorarpflichtig, deshalb ist eine kostenfreie Erbringung dieser Leistungen aus berufsrechtlichen Gründen nicht statthaft. Bei Anforderung von Arztbriefen ist eine Vorauszahlung zu leisten.

Duisburg, den Tagesdatum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Unterschrift Patient / Patientin