

Einverständnis der Sorgeberechtigten / Entfällt bei Volljährigkeit.

Sie haben zu einer Vorstellung oder Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dr. med. univ. S. Aslan entschieden. Hierfür benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, d.h. in der Regel beider Eltern: § 1687 BGB – Ausübung der gemeinsamen Sorge bei getrenntlebenden Eltern (1) Leben Eltern, denen die gemeinsame Sorge zusteht, nicht nur vorübergehend getrennt, sind bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung von erheblicher Bedeutung ist, ihr gegenseitiges Einverständnis erforderlich (...).

Ich / wir wurde(n) darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis Dr. med. univ. S. Aslan die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde(n) ich / wir mich / uns mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die heutige Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde(n) ich / wir die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren. Alle Mitarbeiter der Praxis unterliegen der Schweigepflicht. Ich / wir bestätige(n) hiermit zudem, dass aktuell keine parallele Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz (PIA), einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder sonstigen sozialpsychiatrischen Einrichtung erfolgt. Sollte eine parallele Behandlung eintreten, werden wir dies der Praxis Dr. med. univ. S. Aslan unmittelbar mitteilen.

Unsere Praxis ist eine Terminpraxis, so dass kurzfristig oder nicht abgesagte Termine nicht anderweitig vergeben werden können. Sollte ein Termin von mir / uns / meinem / unserem Kind nicht wahrgenommen werden können, werde(n) ich/wir die Praxis Dr. med. univ. S. Aslan daher spätestens zwei Werktage zuvor und mindestens 48 Stunden vorher hierüber telefonisch informieren. Andernfalls behalten wir uns vor, ein Ausfallshonorar in Höhe von 40,00 € pro Termin bzw. 80,00 € bei IQ-Testungen in Rechnung zu stellen. Mir ist bewusst, dass ohne Zustimmung zu allen Punkten dieser Vereinbarung keine Behandlung erfolgen kann. Mit meiner Unterschrift bzw. der Inanspruchnahme von Leistungen stimme ich den vorgenannten Bedingungen daher in Gänze zu und bestätige eine Kopie dieser Behandlungsvereinbarung erhalten zu haben.

Das Sorgerecht wird ausgeübt von:  Beiden Eltern  Mutter  Vater  Sonstigen

Vor- und Nachname des **Kindes / Jugendlichen:**  Geburtsdatum:

Vor- und Nachname des **1. Sorgeberechtigten:**  Geburtsdatum:

Illertissen, den

Vor- und Nachname des **2. Sorgeberechtigten:**  Geburtsdatum:

Illertissen, den

Unterschrift volljährige/r Patient/ in

Illertissen, den