

Erstkontaktbogen

PatientIn

Name, Vorname:

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Anschrift:

Telefonnummer:

e-Mail:

Krankenkasse:

Sorgeberechtigte / Versicherte

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer:

e-Mail:

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer:

e-Mail:

Haus-/Kinderarzt

Praxis:

Anschrift:

Angaben zu sonstigen Kontakt-/Bezugspersonen (z.B. amb. oder stat. Jugendhilfe, Vormund, etc.)

Name, Vorname:

Funktion:

ggf. Einrichtung / Wohngruppe:

Anschrift:

Telefonnummer

e-Mail:

Regelung bei Versäumnissen von vereinbarten Terminen

Aufgrund von Schwierigkeiten in der Entwicklung ihres Kindes – sei es in der Schule oder zu Hause – sind sie zur Abklärung zu uns gekommen. Um Ihnen diese Fragen umfassend beantworten zu können, haben wir zur Diagnostik bzw. zur Behandlung einen bzw. mehrere Termin einvernehmlich vereinbart. Diese Termine sind speziell für Ihr Kind reserviert. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass vereinbarte Termine – auch wenn sie aus triftigen Gründen nicht eingehalten werden können – unbedingt 2 Werktage vorher abgesagt werden müssen.

Da die Krankenkassen lediglich die Kosten für tatsächlich erbrachte Leistungen übernehmen, jedoch nicht für Ausfallzeiten, möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen bei Versäumnissen eines Termins (unabhängig vom Grund des Versäumnisses) die Gebühren privat und entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit dem einfachen Satz in Rechnung stellen werden.

GOÄ-Ziffer **886** psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, ggf. Unter Einschaltung der Bezugspersonen
40,80€

GOÄ-Ziffer **887** psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und Jugendlichen
23,32€

Erfolgt die Terminabsage so rechtzeitig, dass der Termin anderweitig vergeben werden kann, wird selbstverständlich kein Ausfallhonorar berechnet.

Celle, den _____
Datum

Unterschrift