

Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis Kronshagen

Carolin Zeugke

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Zertifizierte EMDR-Traumatherapeutin

Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen
Tel.: 0431/22027-0 Fax: 0431/22027-29

Email: praxis-zeugke@web.de

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name:..... Vorname.....Geb.
(der Patientin/des Patienten)

Ich bin damit einverstanden, dass ein Foto für die digitale Patientenkartei meiner Tochter / meines Sohnes aufgenommen und gespeichert wird.

Diese Fotos werden weder veröffentlicht noch an Dritte weitergegeben.

Datum und Unterschrift des / der Personensorgeberechtigten

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Foto von mir aufgenommen und in der digitalen Patientenkartei gespeichert wird.

Dieses Foto wird weder veröffentlicht noch an Dritte weitergegeben.

Datum und Unterschrift der Patientin / des Patienten (ab 14 Jahre)

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis Kronshagen

Carolin Zeugke

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Zertifizierte EMDR-Traumatherapeutin
Eichkoppelweg 74
24119 Kronshagen
Tel.: 0431/22027-0 Fax: 0431/22027-29

Vereinbarung zur Terminvergabe

..... geb.

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

ich weise darauf hin, dass wir Terminabsprachen als verbindliche Vereinbarung treffen müssen, um einen angemessenen Behandlungsrahmen auch im Sinne der sozialpsychiatrischen Vereinbarung garantieren zu können.

Wir arbeiten als Bestellpraxis und sind demnach berechtigt – nach § 615 BGB- ein angemessenes Ausfallshonorar (max. 50 Euro/Std.) zu verlangen, wenn der Termin nicht mindestens zwei Werktage zuvor abgesagt / verschoben wird.

Um diesbezüglich Missverständnissen vorzubeugen, bitten wir hiermit um Ihre Unterschrift.

Vielen Dank!

Hiermit versichere ich, dass ich in keiner weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bin und akzeptiere die Bedingungen der Terminvereinbarung.

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

