

Durch Ihre Absage ermöglichen Sie so anderen Kindern, Jugendlichen oder Familien, einen dringend gewünschten und erforderlichen Termin frühzeitiger zu erhalten.

Auch weisen wir jetzt bereits darauf hin, dass die weiteren Diagnostiktermine in der Regel vormittags vereinbart werden, da die Nachmittagstermine in unserer Praxis für laufende Therapien und Behandlungen reserviert sind, damit die betreffenden Kinder oder Jugendlichen nicht zu häufig in der Schule fehlen müssen. Zudem sind gewisse Entwicklungsuntersuchungen auch nur vormittags fachlich aussagekräftig durchzuführen.

Außerdem möchten wir betonen, dass wir Ihr Kind nur dann zur Diagnostik oder Therapie in Empfang nehmen können, wenn uns eine für das jeweilige Quartal gültige Überweisung oder die Versichertenkarte Ihres Kindes vorliegt.

Sollte uns diese „Eintrittskarte“ nicht bis spätestens zum zweiten vereinbarten Termin eines Quartals vorgelegt werden, so haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir Ihr Kind an diesem Termin nicht untersuchen oder behandeln können.

Sollte uns die Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Quartal nicht vorgelegt worden sein, so werden wir Ihnen die entsprechenden Kosten gemäß der Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung RLP privat in Rechnung stellen müssen; die Rechnungsstellung erfolgt dann als Privatrechnung gemäß der aktuellen ärztlichen Gebührenordnung GOÄ.

Wir möchten Sie zudem darüber informieren, dass unter bestimmten Umständen auch in einem neuen Quartal in Absprache mit Ihnen von uns noch Leistungen für Ihr Kind, ihre/n Jugendliche/n oder Mündel erbracht werden, ohne dass es möglicherweise zu einem persönlichen Kontakt innerhalb unserer Praxis gekommen ist. Diese Leistungen beziehen sich erfahrungsgemäß häufig auf weitere Absprachen oder einen Austausch mit anderen Institutionen, Schulen, Kindergärten, etc.

Wir weisen Sie freundlich darauf hin, dass wir auch für diese indirekten Leistungen für die Patientin/den Patienten zwingend die Versicherungskarte benötigen, welche wir bei Erbringung oben genannter Leistungen von Ihnen ggfs. nochmals anfordern müssen.

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Frage:

Befindet sich Ihr Kind derzeit in einer anderen sozial-psychiatrischen Praxis, in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz oder in einem sozial-pädiatrischen Zentrum (SPZ) zur Diagnostik oder Therapie?

☐	ja	☐	nein	Falls ja, wo:	
--------------------------	----	--------------------------	------	---------------	----------------------

Die oben gestellte Frage ist von besonderem Interesse, da die gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Behandlungen der Sozialpsychiatrie nicht überlappend bezahlen.

Einverständniserklärung:

Zudem wurde(n) ich/wir schriftlich in Kenntnis gesetzt, dass bei Nicht-Vorlage der gesetzlichen Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Quartal die Abrechnung über die Erstellung einer Privatrechnung nach GOÄ erfolgt.

Weiterhin wurde ich/wir darüber aufgeklärt, dass bei der Erbringung auch von indirekten Leistungen in einem neuen Quartal für die Patientin/den Patienten die Versichertenkarte vorgelegt werden muss.

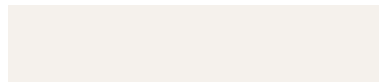
Zudem willige ich ein, dass Terminzettel/ Terminmitteilungen per Mail versandt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

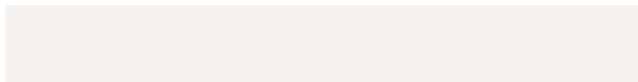
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin nur mit Wirkung auf die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben/Vorgänge/Abmachungen bleiben dadurch rechtmäßig. Falls Sie noch Fragen haben, so nehmen Sie gerne Kontakt zu uns auf.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem Kind!

KJP Praxis Wolf



Ort, Datum



Unterschrift Sorgeberechtigte