

BEHANDLUNGSEINWILLIGUNG IN DIE VERSORGUNG IM MAUDACHER THERAPIEZENTRUM

Name des Kindes (geb.)	Adresse:
Name der sorgeber. Mutter (geb.):	Adresse:
Name des sorgeber. Vater (geb.):	Adresse:
andere Sorgeberechtigten (geb.) des Kindes (Vormund, etc.):	Adresse:

bestätigen mit unserer Unterschrift, dass wir mit der Diagnostik und Behandlung des oben genannten Kindes in der Praxis Lampe und Zbick-Schmitt – Maudacher Therapiezentrum (Mau-TZ) – einverstanden sind.

Des Weiteren bestätigen wir mit unserer Unterschrift, dass wir den **Praxisleitfaden** (Stand 21.12.2021) sorgfältig gelesen haben und mit den dort genannten verbindlichen Rahmenbedingungen und Abläufen einverstanden sind. Insbesondere wurden wir über folgende Punkte informiert, in welche wir hiermit auch einwilligen:

- Die Behandlung ist nur bei **Einwilligung aller Sorgeberechtigten** möglich. Falls ein alleiniges (Teil-) Sorgerecht besteht, müssen die entsprechenden Dokumente in Kopie zum Erstkontakt vorgelegt werden.
- Im Mau-TZ finden regelmäßige **Teambesprechungen** unter Wahrung der Schweigepflicht bezüglich meines Kindes statt.
- MitarbeiterInnen des Mau-TZ dürfen sich zu therapeutischen Zwecken mit unserem Kind auf öffentlichen Straßen und Plätzen aufhalten.
- Es entstehen **Ausfallgebühren** von 40 € (gemäß GOÄ – Gebührenverordnung für Ärzte) bei nicht eingehaltenen Terminen.
- Wir weisen darauf hin, dass bestimmte Leistungen (z. B. Atteste) IGeL-Leistungen sind und von Ihnen finanziert werden müssen.

Bei zweifachen Terminvorfällen der oben genannten Arten oder dem Nichtentrichten der Ausfallgebühren werden wir die Therapie bis zu einem klärenden Gespräch pausieren und alle weiteren vereinbarten Termine absagen. Bei einer Weiterführung der Therapie kann es dann zu längeren Wartezeiten kommen. Bei drei Vorfällen wird die Behandlung sofort beendet. Eine Wiederaufnahme der Behandlung oder eine erneute Vorstellung in der Praxis sind dann leider nicht mehr möglich.

Bei Fehlen des Behandlungsscheins bzw. der Versichertenkarte am Quartalsende wird Ihnen die Behandlung privat in Rechnung gestellt gemäß der GOÄ.

..... Ort Datum Unterschrift Mutter
..... Unterschrift Jugendliche/r (ab 14 J.)	 Unterschrift Vater
	 ! Unterschriften anderer Sorgeberechtigten (Vormund, etc)