



Dr. med. **Sölva Kahl**

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Liebe Eltern,

um Ihr Kind behandeln zu können, benötigen wir Ihre Unterschrift zu folgenden Erklärungen:

1. Hiermit erkläre ich, dass für _____ (Name des Kindes) aktuell keine Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung (z.B. andere Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie) erfolgt oder geplant ist. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich das Praxispersonal unverzüglich darüber informiere, sollten Termine in entsprechenden Einrichtungen vereinbart werden.

(Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r)

2. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Diagnostik und Behandlung meines Kindes in der o.g. Praxis einverstanden. Ich stimme außerdem zu, dass Daten zur Verwendung in der Praxis aufgezeichnet und archiviert werden dürfen. Ich nehme zur Kenntnis, dass Termine, die nicht wahrgenommen werden können, möglichst frühzeitig abzusagen sind, spätestens aber 24 Stunden vorher. Im Falle einer Nichtabsage oder verspäteten Absage kann gem. § 304, 683 BGB ein Aufwendungsersatz in Höhe von € 25,- für jeden ausgefallenen Termin in Rechnung gestellt werden.

Ich, Vater Mutter Vormund, bin mit der Untersuchung/Behandlung einverstanden und ...

... habe das alleinige Sorgerecht.

... erkläre, dass der abwesende Sorgeberechtigte mit der Untersuchung/Behandlung einverstanden ist.

(Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r)

Wir haben das gemeinsame Sorgerecht und sind mit der Untersuchung/Behandlung einverstanden.

(Datum, Unterschrift Mutter)

(Datum, Unterschrift Vater)

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt an uns zurück:

Praxis Dr. med. Sölva Kahl, Hielscherstraße 33, 13158 Berlin; Fax: 030 / 498 565 34

VIELEN DANK!