

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 über folgende Punkte informiert wurden, 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 bis zu 100 € bei nicht eingehaltenen Terminen.
- Wir weisen darauf hin, dass bestimmte Leistungen (z.B. Atteste) IGeL-Leistungen sind und von Ihnen finanziert werden müssen.
- Für manche Testungen/Behandlungen sind Videoaufzeichnungen notwendig, welche wir datensicher im Patientensystem hinterlegen.
- Bei mangelnder Kooperation behalten wir uns vor, die Behandlung zu beenden.
- Bei Fehlen des Behandlungsscheins bzw. der Versichertenkarte am Quartalsende wird Ihnen die Behandlung privat in Rechnung gestellt gemäß der GOÄ.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift Jugendliche/r (ab 14 J.)

.....
Unterschrift Vater

.....
! Unterschriften anderer Sorgeberechtigten (Vormund, etc)